DES

N° 46

HYPERTROPHIES LATÉRALES DU CORPS

TOTALES OU PARTIELLES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

le 17 mars 1888

PAR

Joseph MASMEJEAN

Né à Villefort (Lozère)

Ancien Aide d'anatomie pathologique et d'histologie

Lauréat des concours des bourses de doctorat (1883-1884)

Lauréat de la Faculté (1887)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.

GRASSET, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique des mal. ment. et nerv.	CAVALIER (✻).
Idem. (Chargé du cours).	MAIRET.
Physique médicale.	MOITESSIER (✻)
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur.méd.	PLANCHON (✻ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	DUMAS (Léon).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Opérations et appareils.	GRYNFELTT.
Pathologie externe.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER (✻).
Anatomie (Chargé du cours).	GILIS.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.	N...

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).

Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✻), DUPRÉ (✻ C. ✠).

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	MOSSE (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

Agrégés en Exercice

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
CARRIEU.	VILLE.	GERBAUD.
MAIRET.	GRANEL.	GILIS.
MOSSE (✻).	BOINET.	MALOSSE.
REGIMBEAU (✻).	BROUSSE.	BIMAR.
BLAISE.	FORGUE.	
BAUMEL.	TRUC.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. TEDENAT, *président.*
CHALOT, Professeur.
GAYRAUD, agrégé.
MOSSÉ, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. MASMEJEAN

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur TÉDENAT

Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Eloi

A Monsieur le Professeur-Agrégé TRUC

Chargé de cours complémentaire de clinique ophtalmologique

J. MASMEJEAN.

INTRODUCTION ET PLAN.

Notre premier soin, en commençant, doit être d'expliquer au lecteur l'objet de cette étude et le titre qu'elle porte.

L'hypertrophie unilatérale est un état pathologique, probablement congénital, qui consiste dans un excès de développement siégeant le plus ordinairement dans une seule moitié du corps. Si cet état occupe toute la moitié du corps, l'hypertrophie est dite unilatérale totale. Si une partie seulement est atteinte, elle est dite partielle.

Cet excès de développement occupe généralement tous les tissus constituants de la région atteinte. On ne trouve en ces points aucune lésion appréciable. La partie déformée semble faite sur un autre patron que la partie saine, mais elle ne présente pas d'altération organique. Tel individu, par exemple, qui est un enfant à ne voir que la moitié de son corps, sera un géant à ne voir qu'un des membres de l'autre moitié. En un mot, nous avons affaire ici à un vice de conformation.

C'est à notre Maître, M. le professeur-agrégé Truc, que nous devons l'idée première de ce travail et l'observation inédite autour de laquelle nous avons groupé les faits épars dans la science. Frappé de la pauvreté de la littérature chirurgicale sur ce sujet, il résolut de le reprendre, avec des observations nouvelles, dans un mémoire auquel il nous appela à collaborer ; mais il nous engagea, en même temps, à faire d'une étude d'ensemble de la question l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous ne saurions donc trop hautement remercier M. le professeur-agrégé Truc de ce nouveau témoignage de bienveillance et de sympathie, et aussi des précieux enseignements que nous tenons de lui, soit en chirurgie générale, soit surtout en oculistique.

Nous présentons à M. le professeur Tédenat l'expression de notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Un rapide aperçu historique de la question ; l'exposé des observations ; la description des symptômes et des lésions anatomiques ; des considérations étiologiques et pathogéniques ; l'étude succincte du diagnostic, du pronostic et du traitement, tel est le plan général de ce travail.

DES

HYPERTROPHIES LATÉRALES DU CORPS

PARTIELLES OU TOTALES

CHAPITRE I.

Historique.

L'hypertrophie unilatérale du corps est signalée par *Is. Geoffroy-Saint-Hilaire* (1).

Forster (2) signale les deux cas de Foucher et Devousges, rapportés à la Société anatomique.

Les *Arch. gén. de méd.* (3) renferment deux faits allemands, ceux de Beck et Friedreich, et les *Archives de Virchow* (4) deux autres.

(1) Hist. gén. et partic. des anomalies de l'organisation chez l'homme, t. I, p. 261.
(2) Traité des vices de conformation de l'homme, Iéna, 1861.
(3) 1837, 2e série, t. XIII, p. 99, et 1864, 6e série, t. III, p. 477.
(4) 1866, vol. XXXVIII, p. 410, et 1867, vol XL, p. 553.

John Adams (1) rapporte une observation dans *The. Lancet.*

Les Annales allemandes et anglaises sont très pauvres. «C'est, en résumé, disent *Trélat et Monod* (2), en France surtout que les faits de ce genre ont été étudiés. Ce sont, par ordre de date, les observations de MM. *Foucher* (3), *Devousges* (4), *Broca* (5), *Ollier* (6), auxquelles il faut joindre deux courtes communications de M. *Chassaignac* (7) à la Société de chirurgie (8).»

En ajoutant un mémoire de *Gayet*, présenté à la Société de chirurgie et dont Verneuil devait être rapporteur, mémoire malheureusement égaré, et un mémoire important de *Vilhem Busch* (9), on a le bilan de l'historique de la question jusqu'à Trélat et Monod.

Depuis lors, quelques travaux nouveaux ont été publiés. Nous citerons, en particulier, un mémoire de *Richard Wittelshöfer* (10), un travail de *Dubrueil* (11), une note de *Pollosson* (12), une autre de *Finlayson* (13) et un nouvel article de *Dubrueil* (14).

Des faits isolés ont été également publiés ; ils seront indiqués ultérieurement.

(1) *The Lancet*, 1858, t. II, 410.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 1869, 6e série, t. XIII, p. 536 et 676.
(3) *Bull. soc. anat.*, 1850, p. 108.
(4) *Bull. soc. anat.*, 1856, 2e série, t. I.
(5) *Journ. physiol.* de Brown-Séquard, 1859, t II, p. 70.
(6) *Gaz. méd. de Lyon.* juillet 1862, p. 309.
(7) *Bull. soc. chir.*, t. VIII, p. 452, et t. X, p. 52 et 103.
(8) Trélat et Monod, *loc. cit.* p. 538).
(9) *Beitrage zür kentniss der angeborenen hypertrophie der extrumitäten : Langenbeck's archiv.* 1866, VII, p. 174.
(10) *Ueber angeborenen Riesenwuchs der oberen und unteren extremitätem, Archiv. für klinische chir.*, 1879, p. 57.
(11) *Gaz. hebd. sciences méd. de Montpellier*, 1882. p. 593.
(12) *Lyon med.*, 1884, t. XLVII, p. 14.
(13) *Glascow's méd. journ.*, 1884, t. XXII, p. 334.
(14) *Gaz. hebd. sciences méd. de Montpellier*, 1886, p. 193.

Jusqu'à Trélat et Monod, les observateurs se préoccupent surtout de décrire minutieusement les cas qu'ils ont sous les yeux; pourtant, de leurs publications ressort déjà la notion de congénialité. Broca recherche les modifications éprouvées par l'intelligence et les organes des sens; un grand nombre constate l'intégrité parfaite habituelle de la santé et des grandes fonctions.

A Trélat et Monod appartient la première description symptomatique. A leur exposé, il n'y a presque rien à ajouter; mais ces auteurs, négligeant toutes les hypertrophies segmentaires, laissent dans l'ombre un grand nombre de particularités intéressantes. Ils esquissent aussi d'une manière satisfaisante la pathogénie de la malformation, mais restent absolument muets sur son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Ce dernier point est abordé dans le travail antérieur au leur, mais inconnu d'eux, de Busch. Maïs l'ébauche est très imparfaite. Il est repris par Wittelshöfer, qui ne trace encore que les lignes générales de la thérapeutique. Ce dernier auteur insiste surtout sur la partie descriptive et anatomo-pathologique.

Pollosson met en avant la théorie lymphatique, pour expliquer l'hypertrophie. Enfin, Dubrueil nous décrit un mode d'intervention opératoire.

Comme on le voit, les documents sur l'hémi-hypertrophie partielle ou totale sont rares. C'est une question qui, nettement esquissée par Trélat et Monod, méritait d'être reprise avec des faits plus nombreux.

CHAPITRE II.

OBSERVATIONS

§ I. — CLASSIFICATION

Nous classons les observations de notre thèse en cinq catégories, rangées sous les titres suivants:

A. *Hémi-hypertrophie totale.* — Ce groupe contient les cas dans lesquels l'hypertrophie occupe toute une moitié du corps.

B. *Hypertrophie des extrémités opposées ou alternes.*— A ce groupe, appartiennent les cas où l'hypertrophie siège à la fois dans un membre ou un segment de chaque côté du corps.

C. *Hypertrophie d'une extrémité seule.* — Ce groupe renferme les cas où l'hypertrophie occupe un seul membre d'un côté du corps. Il se subdivise en deux autres, suivant que l'excès du développement siège au membre supérieur ou au membre inférieur.

D. *Hypertrophie d'un segment.* — Ce groupe, le plus nombreux, renferme les hypertrophies de segments des membres. Il est encore divisible en deux groupes secondaires, suivant que le segment atteint appartient au membre supérieur ou à l'inférieur.

E. *Hypertrophie de la tête.* — Dans les observations de cette catégorie, une moitié de la tête seule subit l'excès de développement.

A. — HÉMI-HYPERTROPHIE TOTALE.

Observation I, inédite.

(Voir aussi Truc et Masmejean, *Montpellier médical*, février 1888).

Hémi-hypertrophie droite.

Joseph X..., 13 mois. Pas d'antécédents pathologiques. L'accouchement a été laborieux; il a duré 24 heures et s'est terminé par une application de forceps. L'enfant était volumineux. Il s'est développé rapidement et a marché vers onze mois. Depuis sa naissance, il a toujours présenté les attributs d'une parfaite santé.

Sa famille s'est aperçue de bonne heure que le côté droit est plus développé que le gauche. L'asymétrie aurait été constatée par la nourrice à l'âge de deux mois; elle s'est ensuite progressivement affirmée. Le développement hypertrophique a paru pourtant, jusqu'ici, suivre le développement général.

Les mensurations (1), pratiquées à l'aide d'un compas et d'un ruban métrique, ont donné les résultats suivants. Pour le *membre inférieur :*

Circonférence.	Côté droit.	Côté gauche.
Cou-de-pied.....	15 centres 5	12 centres 5
Région sus-malléolaire..	14 —	12 —
Mollet.....	18 — 2	17 — 5
Cuisse, un tiers inférieur	19 —	18 — 5
Cuisse, partie moyenne.	23 — 5	23 —

Pour le *membre supérieur :*

Circonférence.	Côté droit.	Côté gauche.
Avant-bras.....	11 centres	10 centres
Bras.....	14 —	14 —

(1) Des motifs d'impérieuse convenance ont contraint l'observateur d'abréger son examen et de limiter le nombre de ses mensurations.

Longueurs, aux membres supérieurs ou inférieurs égales des deux côtés. Pas de différence sensible entre les deux moitiés de l'abdomen ou du tronc. La face est plus volumineuse à droite. La joue, le menton et la pommette font, de ce côté, une saillie exagérée et déterminent ainsi une asymétrie faciale manifeste.

Partout, sauf à la face, le système osseux paraît avoir un développement normal; les vaisseaux, les ganglions n'offrent rien de particulier.

La peau présente l'aspect ordinaire chez les enfants, mais la couche graisseuse sous-jacente paraît, en certains points, augmentée de volume; au pied droit, à la région dorsale métatarso-tarsienne, il existe un bourrelet adipeux aplati, élastique, rénitent; on dirait un lipome très fibreux; son volume est le double du côté opposé; les orteils sont libres, bien formés, parfaitement mobiles.

Les paupières droites sont pseudo-œdémateuses; la supérieure est lisse, brillante, comme trop grande.

La sensibilité générale, la sensibilité réflexe sont intactes; la température et l'urine sont normales.

Le sujet est vigoureux et ne laisse rien à désirer au point de vue fonctionnel.

Des renseignements reçus récemment (1), nous permettent d'ajouter quelques nouveaux détails à cette observation.

Le jeune malade a présenté, il y a environ un an et demi, des abcès froids, avec trajets fistuleux consécutifs du tibia gauche. Depuis six mois, il est atteint d'un mal vertébral de Pott, ayant amené une saillie en angle aigu des deux dernières vertèbres dorsales. La déformation a été progressive et ne s'accompagne pas de déviations du thorax. La station

(1) Ces renseignements sont dus à l'obligeance de M. le Dr Lachaux (de Marseille). Nous le prions d'agréer nos plus vifs remerciements.

debout est impossible, mais il n'y a aucune paralysie des membres.

L'hypertrophie congénitale droite ne s'est pas amendée. Le pied est surtout plus gros. Le bras est moins hypertrophié. Les paupières sont œdématiées et la face boursouflée à droite. Impossible de savoir si le côté droit est plus faible. Les muscles ne sont pas atrophiés; la couleur de la peau est normale. La circulation est faible dans la fémorale et surtout la pédieuse. Pas de varices superficielles.

Sensibilité conservée. Intelligence et sentiments affectueux très développés.

A l'auscultation, aucun signe de tuberculose. Voies digestives normales, foie volumineux.

La santé générale est affaiblie par les suppurations antérieures et par le défaut d'exercice.

Remarques (1). — Nous ferons observer, dès à présent, que la paraplégie dont est atteint notre malade et l'amaigrissement consécutif des membres n'ont pas influé sur l'hypertrophie. Le membre inférieur droit reste toujours plus volumineux que le gauche, surtout au pied. C'est le seul cas dans lequel on ait noté un amoindrissement du battement artériel du côté anormal. Y a-t-il un rapport entre la lésion osseuse vertébrale présentée par notre malade et l'hypertrophie antérieure? Nous ne tranchons pas la question.

Observation II.

FOUCHER (*Bull. de soc. anat.* 1850, p. 108), cité par Trélat et Monod (*loc. cit.*, p. 678).

Il s'agit d'un homme; l'âge n'est pas cité. Tout le membre thoracique gauche était beaucoup plus gros que le droit; pas

(1) La thèse étant composée lorsque les renseignements complémentaires nous sont parvenus, nous plaçons ici les réflexions que ces détails nouveaux nous suggèrent.

de différence sensible en longueur. L'index et le médius de la main gauche sont à la fois plus gros et plus longs que leur voisin :

	Droit	Gauche
Médius.....	10 cent.	13 cent.
Index.....	9 —	12 —

Le membre abdominal gauche est beaucoup plus gros que le droit, mais pas plus long. Pas de boîterie. L'augmentation de volume du membre inférieur ne semble pas de même nature que celle du membre thoracique ; ici elle est due au développement anormal des os et des muscles ; là, au contraire, elle est constituée, au moins en presque totalité, par un épaississement considérable de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. La peau tendue, bosselée, indurée par places, renferme dans son épaisseur d'innombrables veinules sinueuses, mais pas de varices proprement dites.

Toutes les autres parties du corps sont bien conformées. Cet homme raconte, qu'au dire de ses parents, il serait venu au monde dans cet état. Cette version, très admissible pour le membre supérieur, est au moins douteuse pour l'inférieur.

Les autres membres de la même famille ne présentent aucun vice de conformation.

Observation III.

LANGLET (*Union méd. et sc. du nord-est* 1882, p. 276).

Hypertrophie hémilatérale droite.

Manouvrier, 36 ans. Entre à l'hôpital pour un petit abcès siégeant entre les 4^{me} et 5^{me} orteils droits. Du même côté, hypertrophie généralisée, la tête exceptée. Pas d'antécédents. Origine congénitale. Mensurations.

Taille : 1 mètre 75.

	Côté droit	Côté gauche
Thorax 1/2 périmètre mamelonnaire...	0,46	0,44
Abdomen sus-ombilical.....	0,44	0,410
Bras, circonf. vers biceps	0,29	0,213
Avant-bras, circonf. 1/4 sup.....	0,22	0,19
Doigt, long. médius.....	0,13	0,12
Membre sup., de acromion au bout médius	0,83	0,80
Cuisse, circonf. partie moy.....	0,50	0,47
Jambe, circonf. 1/3 sup.....	0,38	0,36
Pied, du talon à extr. gros orteil.....	0,31	0,29
Gros orteil, longueur.....	0,11	0,09
Membre inf., de épine antéro-sup. au sol.	1,04	1,02

Le tissu cellulaire est plus épais du côté hypertrophié. Les deux gros orteils, surtout le droit, sont très déjetés en dedans. Des deux côtés, le 2^{me} espace intercostal est palmé jusqu'à la première phalange.

Observation IV.

FINLAYSON (*Glasgow's med. journ.*, nov. 1884, p. 327, et *Rev. Hay.* 1885, t. xxvi, p. 629).

Hémi-hypertrophie droite.

Fille, 18 mois. Pas d'antécédents héréditaires. Dès la naissance, on constate que la moitié droite du corps, y compris la face, semble plus volumineuse que l'autre ; elle est comme boursouflée. Les téguments abdominaux prennent au-dessus et au-dessous de l'ombilic une coloration cyanique. Ce dernier état est marqué surtout durant les cris. A trois mois, plusieurs dents apparaissent du côté droit et aucune à gauche.

Actuellement, l'hypertrophie unilatérale est complète du côté droit. Du côté gauche, les trois doigts du milieu sont

plus gros que du côté opposé. La moitié de la langue, l'amygdale sont plus volumineuses à droite. Les os participent à l'hypertrophie. Les artères et les veines sont normales. Température droite plus élevée que la gauche de 2° à 6° F.

On constate, en outre, surtout durant les cris, des plaques de congestion cutanée tout autour de l'ombilic, sur le dos, à la région pectorale gauche et au membre inférieur droit.

Observation V.

Maurice POLLOSSON (*Lyon médical* 1884, t. XLVII, p. 14).

Garçon, journalier, 19 ans. Entre à l'hôpital pour phimosis et hydrocèle double. Eléphantiasis unilatéral congénital droit, à développement irrégulier, parallèle au développement général. Le diamètre (1) de la cuisse présente, sur le côté opposé, un excédent de 10 cent.; celui du mollet, de 7 cent. La différence est beaucoup moindre aux membres supérieurs du même côté. La joue est plus volumineuse et l'abdomen offre un épaississement cutané: la différence thoracique est insensible.

La peau, non variqueuse, est gris pâle, ferme, élastique, sans œdème. A la racine de la cuisse et sur les bourses, verruquosités peu marquées. Ganglions volumineux et indurés dans le triangle de Scarpa.

Le scrotum est le siège d'une hypertrophie générale et de noyaux indurés. Le prépuce lisse, énorme, ne permet pas de découvrir le gland. Il existe enfin une hydrocèle double, plus marquée à gauche et dont l'origine remonte à 2 ans et demi.

L'hypertrophie droite n'a jamais altéré la santé générale

(1) Probablement la circonférence.

ni déterminé aucune gêne fonctionnelle. Opération, sans incident, du phimosis et de l'hydrocèle droite.

Deux ans après, en 1884, le malade mourait chez M. Molière, à l'Hôtel-Dieu. Il asphyxiait. Tous les ganglions lymphatiques avaient acquis, depuis quelques mois, un accroissement considérable, aussi bien à droite qu'à gauche.

L'autopsie (1) démontra des lymphadénomes malins occupant presque tous les ganglions de l'économie.

Observation VI. (*Fig. 1*).

WILTELSHÖFER (*loc. cit.*, p. 58) (2).

Hypertrophie unilatérale totale droite

Hypertrophie de tout le côté droit, surtout marquée au membre inférieur. Les trois premiers orteils sont particulièrement atteints ; les deux derniers sont soudés (Clinique de Billroth. Consultation externe, d'après une photographie conservée, 1873).

Observation VII.

DEVOUSGES (*Bull. soc. anat.* 1856, 2e série, t. I, et Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 679).

Hémi-hypertrophie droite.

Menuisier, 17 ans, taille de 1 m. 75. Le malade fait remonter le développement apparent du vice de conformation

(1) Il est regrettable que les détails de l'autopsie manquent et que les pièces, mises d'abord en réserve, aient été égarées.

(2) Parmi les observations que nous citons, un assez grand nombre se trouvent relatées, résumées ou simplement indiquées dans ce mémoire allemand. Nous en devons la traduction à M. le Professeur Lannegrâce, que nous prions d'agréer l'assurance de notre vive gratitude.

Nous avons emprunté au même travail un certain nombre des figures que l'on trouvera à la fin de notre thèse.

dont il est atteint à l'âge de 6 mois. Ses parents lui ont toujours dit que c'est depuis ce moment que les trois doigts de chacun des membres droits et tout le côté droit prirent un développement anormal. Jamais rien de semblable dans la famille.

Tête. — Plus arrondie à droite qu'à gauche. Pas de différence sensible à la mensuration. Organes des sens égaux.

Tronc. — Le côté droit de la poitrine est plus développé transversalement que le côté gauche. Différence de 25 mill. entre les deux demi-circonférences sous-mamelonnaires, au profit du côté droit. Epaule droite beaucoup plus saillante ; pas de courbure appréciable de la colonne vertébrale.

Bassin. — Plus arrondi à droite et incliné de façon à abaisser le côté gauche : d'où pas de claudication.

Membres. — Le membre supérieur droit dépasse le gauche de 4 cent. et demi en longueur et de 4 cent. en circonférence. Les muscles sont beaucoup plus développés et sa force est plus considérable, puisque le malade soulève 50 kil. avec l'auriculaire droit et 25 à peine avec l'autre.

Le membre inférieur droit dépasse le gauche de 3 cent. en longueur et de 2 en volume. Il est variqueux depuis longtemps, et légèrement œdémateux à la jambe.

Cette prédominance de développement appartient évidemment à un excès de nutrition de tous les tissus, et non à un dépôt de graisse ou à un état œdémateux, bien que celui-ci existe un peu sur la jambe droite. En cherchant à apprécier à travers les tissus le volume des deux humérus, le droit paraît évidemment plus volumineux que le gauche ; les saillies osseuses du cubitus et des malléoles sont plus considérables à droite. Enfin, la clavicule droite l'emporte en épaisseur sur la gauche.

Doigts et orteils. — Les trois premiers doigts de chacun des membres droits présentent un développement hypertro-

phique, surtout manifeste, à la main. Le 2e et le 3e doigt paraissent appartenir à une main de géant; le 4e et le 5e sont aussi hypertrophiés, mais beaucoup moins. Au pied, les trois premiers orteils sont seuls hypertrophiés.

Ce sont les os qui semblent prendre le plus de part à ce développement énorme. L'épaisseur des parties molles ne paraît pas plus considérable sur les doigts hypertrophiés que sur les autres.

Taches nœviformes. — La face postérieure de la main droite est recouverte d'une tache d'un rouge peu intense, sans aucune saillie. La jambe droite est recouverte d'une très grande quantité de ces taches; on en trouve aussi sur la partie postérieure du côté droit. Le côté gauche n'en présente qu'une de la largeur de la main sur la partie latérale du thorax.

Rien de particulier du côté des viscères, ni des appareils respiratoire et circulatoire.

La sensibilité générale et spéciale est égale des deux côtés.

Observation VIII.

OLLIER (*Gazette méd. de Lyon*, 1862, et Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 685.

Hypertrophie considérable du côté droit.

Femme, 27 ans.

Depuis la naissance, la moitié droite du corps est plus considérable que la moitié gauche; cette difformité porte principalement sur le pied, la jambe et la cuisse. Il existe, entre les deux *membres inférieurs*, une différence de longueur de 10 centimèt. en faveur de celui du côté droit; pourtant la malade ne boîtait pas, ce qui, pour l'auteur, est dû à l'inclinaison du bassin et à la flexion du genou droit. Les différences de volume sont proportionnelles et atteignent 9, 10,

13 centimèt. à la cuisse, 6, 7 centimèt. à la jambe et 4 centimèt. au pied.

Le *membre supérieur* droit n'est pas plus long que le gauche, mais il est plus volumineux. La moitié droite de l'*abdomen* est plus développée que la gauche; la différence est de 3 à 4 centimèt. Les *seins* sont également développés; le droit est un peu plus élevé.

Tête. — Pas de différence appréciable à la mensuration entre les deux moitiés de la tête.

Face. — Moitié droite plus développée que la gauche, mais différence inappréciable à la mensuration.

Sensibilité spéciale.—La vue et l'ouïe sont plus développées à gauche. Pour le goût et l'odorat, rien de particulier.

Système vasculaire. — *Température.* — La température est beaucoup plus élevée dans le membre hypertrophié; celui-ci, même au contact de l'air, est toujours brûlant, tandis que la malade éprouve, pendant l'hiver, un froid continuel de la jambe gauche.

L'auteur explique cette différence de température par un développement inégal du système vasculaire; la coloration plus foncée du tégument, l'hémorrhagie prompte et abondante à la moindre piqûre, la vigueur plus considérable du battement artériel fémoral en sont pour lui autant de preuves.

L'*état des forces*, mesuré au dynamomètre, donne:

Pour le bras droit 35 kil.; jambe droite 25 kil.
— gauche 30 — — — 15 —

L'*intelligence* est bien au-dessous de la moyenne; il y a surtout un manque absolu de mémoire. Quant à l'*étiologie*, on n'a trouvé aucun antécédent héréditaire; il n'y a pas eu d'exercice exagéré du côté droit. Cette femme n'a même jamais travaillé. La difformité paraît congénitale. La mère n'a éprouvé ni frayeur, ni accident durant sa grossesse.

La menstruation très tardive a toujours été irrégulière, et l'écoulement sanguin peu abondant. La malade est habituellement congestionnée; céphalalgie continuelle qui augmente lorsque la malade reste au repos, qui disparaît par l'exercice ou après une longue station. Dans le premier cas, le membre droit diminue; dans le second, il atteint son maximum de développement.

Observation IX.

TRÉLAT et MONOD (Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 691).

Hypertrophie de la moitié droite du corps.

C. M..., 19 ans, garçon de cuisine.

Jeune homme d'apparence vigoureuse, fortement musclé; taille 1 m. 71 cent. Pas d'autre antécédent personnel qu'une fluxion de poitrine. Son père raconte que depuis longtemps le membre inférieur droit est plus développé que le gauche; mais il ne peut préciser s'il en était de même à la naissance. Une seule chose l'a frappé alors, les rougeurs que l'on remarque à la face et aux jambes. Il entre à l'hôpital pour un ulcère variqueux de la jambe droite, datant de deux ou trois mois.

1° Hypertrophie des diverses parties du corps. — Elle siège exclusivement du côté droit et porte principalement sur les membres, surtout sur le membre inférieur. Les mensurations ont été faites après plusieurs jours de repos au lit.

Membre inférieur. — Hanche (malade vu debout). — L'épine iliaque supérieure droite est plus élevée que la gauche, et portée en avant. Le genou droit est légèrement plié. Tout le côté droit du bassin est évidemment plus haut que le gauche; il paraît tendre en même temps à faire une légère bascule en avant.

A la mensuration, le membre inférieur droit présente un allongement total de 3 centimètres; le pied droit n'est que de 1 centimètre plus long que le gauche; les orteils sont égaux des deux côtés. L'augmentation de volume est en moyenne de 2 centimètres à la cuisse, et atteint 2 cent. 1/2 à 3 centimètres à la jambe. A l'aide du compas d'épaisseur, on constate facilement qu'il y a du côté droit une plus grande épaisseur de l'extrémité inférieure du fémur, et une plus grande largeur de la rotule et de la face interne du tibia.

Le malade ne boîtait pas et n'avait jamais, au reste, éprouvé aucune gêne des fonctions de ce membre.

Membre supérieur.— Épaule.— L'hypertrophie y est beaucoup moins accusée qu'au membre inférieur. Pourtant, le deltoïde fait une saillie plus considérable à droite qu'à gauche. La mensuration révèle une différence de longueur de 1 cent. 1/2 en faveur du bras droit. Pour le volume. cette différence n'est que de 1 centimètre au bras et 5 millimètres à l'avant-bras. Main et doigts égaux. Ici encore l'hypertrophie des os est démontrée par les mesures prises aux extrémités inférieures de l'humérus et des os de l'avant-bras.

Abdomen. — Raphé médian et ombilic déjetés à gauche, mais seulement à cause de l'inclinaison du bassin. A la mensuration, aucune différence.

Poitrine. — Légère voussure du côté droit, appréciable à la vue et démontrée à l'aide du cyrtomètre de Woillez.

Scrotum et testicules. — Rien de spécial.

Cou. — Saillie notable du côté droit de la nuque. Sterno-mastoïdien droit plus développé. La mensuration donne 19 centimètres pour la moitié droite du cou, 17 seulement pour la gauche.

Tête.— Face.— Développement plus considérable à droite, mais échappe à la mensuration.

Organes des sens. — Égaux des deux côtés.

Sensibilité générale. — *Force musculaire.* — Aucune différence entre les deux moitiés du corps.

L'examen des viscères ne montre rien d'anormal.

2° Lésions vasculaires. — Température. — Les altérations portent sur les systèmes capillaires et veineux. Les artères aorte, iliaque, fémorale n'ont présenté, à l'auscultation, aucun bruit anormal. Aucune artère superficielle ne donne un battement plus énergique à droite. Le tracé sphygmographique de la radiale droite est identique à celui de la gauche.

Les capillaires sont dilatés et forment des taches nœviformes répandues sur la face, le tronc et les membres, à peu près exclusivement du côté droit. Au membre inférieur, il y a de véritables varices, outre les taches nœviformes.

La température est sensiblement plus élevée à droite qu'à gauche, particulièrement dans le membre inférieur.

Observation X.

BROCA (*Journ. physiol.* Brown-Séquard, t. II. 1859, p. 70, Monod et Trélat, *loc. cit.* p. 697).

Hypertrophie gauche.

Garçon de 11 ans. Inégalité des deux moitiés du corps, constatée par les parents dès les premiers mois de la vie, devenue plus apparente à mesure que l'enfant a grandi.

La moitié gauche du corps est la plus développée; on dirait que le corps de cet enfant est formé par la réunion de deux moitiés provenant de deux individus différant d'âge, de taille et de force.

Membre inférieur. — Différence de longueur : 5 centimètres 1/2 en faveur du gauche. Le pied gauche est plus long que le droit de 1 centimètre.

L'épine iliaque gauche est abaissée de 2 centimètres. L'enfant boîtait.

Membre supérieur. — Différence de longueur : 2 centimètres en faveur du gauche. La clavicule droite a 9 millimètres de moins que la gauche.

Abdomen. — Plus développé à gauche.

Scrotum. — Moitié gauche plus volumineuse.

Testicules. — Égaux.

Thorax. — *Cou.* — Inégalité analogue.

Tête et face. — L'*œil* gauche est plus ouvert que le droit. Les diverses autres parties de la face sont aussi plus volumineuses à gauche.

La moitié droite du *crâne* est moins développée que la gauche. La différence est de 2 centimètres.

La *sensibilité générale* paraît moins développée sur les membres droits.

L'*ouïe* est plus faible à droite.

La moitié gauche de la *langue* a près de 7 millimètres de plus en largeur que la moitié droite.

La *vue* est moins bonne à gauche.

M. Broca est porté à expliquer ce dernier fait par l'entrecroisement des nerfs optiques au niveau du chiasma.

L'*intelligence* paraît moindre chez cet enfant que chez les autres membres de sa famille.

La *cause* de ce vice de conformation est inconnue. Il n'est pas héréditaire.

Au sujet de cette observation, Trélat et Monod (*loc. cit.*, p. 697) ajoutent, en note, les réflexions suivantes : « Nous tenons de M. Broca, lui-même, que le cas actuel consiste en une atrophie du côté faible, et non en une hypertrophie du côté le plus développé. Le jeune sujet a d'ailleurs été suivi, depuis 10 ans, par M. Broca, qui a, maintenant encore (1869), de fréquentes occasions de l'examiner. La disproportion s'est

notablement amendée pendant l'adolescence, et est devenue presque imperceptible.

» L'importance de ces remarques n'échappera pas au lecteur, le fait de M. Broca présentant seul certaines particularités qui s'expliquent à merveille par la nature de la maladie. »

Observation XI.

CHASSAIGNAC (*Bull. soc. chir.*, 1re série, t. VIII, p. 452, et Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 683).

Hypertrophie congénitale des deux membres droits.

Jeune homme, 18 ans, scrofuleux. Remarquable par l'extrême inégalité des membres du côté droit et du côté gauche. Les deux membres du côté gauche sont ceux d'un individu de taille ordinaire; ceux du côté droit paraissent appartenir à un géant.

La main est plus hypertrophiée que le bras et l'avant-bras; sa moitié externe plus que l'interne. Le pied présente aussi plus d'hypertrophie que la jambe et la cuisse.

Cet homme affirme qu'il a au moins trois fois plus de force dans les membres droits que dans les membres gauches.

Varices considérables et taches sanguines, vineuses, sur les deux membres hypertrophiés. Rien de semblable du côté opposé, sauf quelques taches nœviformes sur la partie latérale gauche du thorax.

Cette observation ressemble beaucoup à celle de Devousges, et appartient probablement au même sujet. (Conf. *in* Trélat et Monod, p. 683.)

Observation XII.

CHASSAIGNAC (Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 684).

Dans la séance du 24 août 1859, dans le cours d'une dis-

cussion sur les *nævi*, M. Chassaignac parle d'une jeune fille dont toute une moitié du corps est hypertrophiée, l'autre étant normale quant à la forme et au volume.

B. — HYPERTROPHIE DES EXTRÉMITÉS OPPOSÉES OU ALTERNES.

Observation XIII.

OWEN, cité par Curling et par Busch.

Hypertrophie des deux mains

Les médius sont deux fois plus longs et plus épais que les index.

Observation XIV (Fig. 7 et 8).

CURLING (*Med. chir. Transactions.* vol. XXVIII).

Hypertrophie des deux mains.

Les 2e, 3e, et 4e doigts droits et les 1er, 2e, 3e doigts gauches sont volumineux, mais uniformément développés. Les os, les articulations, les ongles sont envahis par l'hypertrophie. Les parties correspondantes des mains sont un peu plus volumineuses qu'à l'état normal ; le reste du corps est normal.

Observation XV.

HAHN, de Stuttgardt (*Revue des curieux de la nature*, 1834 et *Schmidt's Jahrb*, 1835, Bd. V).

Hypertrophie des deux mains et de la poitrine

Détails manquent.

Observation XVI.

IDELER (*Maug. Dissert Berlin* 1855), cité par Busch.

Hypertrophie de trois orteils médians des deux pieds. — Pieds très graisseux.

Les trois orteils médians ont une longueur double des extrêmes, mesurés sur le squelette. Les régions plantaires offrent, en outre, surtout à gauche, un fort bourrelet graisseux.

C. — HYPERTROPHIE D'UNE EXTRÉMITÉ SEULE.

Observation XVII (Fig. 2).

Hermann FRIEDBERG (*Virchow's Archiv*, 1867, t. XL, p. 353). Développement gigantesque congénital et progressif du membre supérieur droit, etc. (Trélat et Monot, *loc. cit.*, p. 700, et Wittelshöfer, *loc. cit.*, p. 58).

Fille, 10 ans, de misérable apparence. Taille : 3 pieds 5 pouces. Sur tout le corps, à l'exception du membre inférieur droit et de la moitié interne de la main gauche, la peau était d'une couleur brun-jaunâtre, sèche, flétrie. Les parents et les sept frères ou sœurs de cette enfant jouissaient tous d'une belle santé.

Le développement colossal du pied droit frappait tout d'abord, ainsi qu'une certaine gêne de la marche qui se faisait en *fauchant*. Pourtant la jambe n'était aucunement inerte. Le corps fixé, la malade la faisait mouvoir rapidement et avec vigueur. Les muscles du mollet présentaient une épaisseur considérable.

La jambe inférieure droite était presque aussi grosse que le reste du corps. Mais le pied surtout, en raison du développement des orteils, était véritablement monstrueux. Le troisième et le quatrième étaient soudés entre eux sur toute leur longueur. Les os du pied étaient hypertrophiés et séparés les uns des autres par une masse intermédiaire molle et élastique.

Les différences de longueur entre les deux membres étaient les suivantes, en faveur du membre droit :

Pour la totalité du membre, 7 cent. et demi.

Pour la cuisse, 2 cent. et demi.

Pour la jambe, 5 cent.

Pour le pied, 5 cent.

Pour les orteils homologues, 2 cent. en moyenne.

Les différences de volume variaient suivant les points:

Pour la cuisse, de 5 cent. et demi à 7 cent. et quart.

Pour la jambe, de 4 cent. à 7 cent. et quart.

Pour le pied, de 7 cent. et demi à 12 cent. et demi.

Pour les orteils, d'un demi-centimètre à 3 cent. et demi.

La colonne vertébrale possédait des courbures anormales. Des lipomes occupaient différents points du corps.

La jambe droite présentait une coloration d'un rouge franc, seul le pied était plutôt violacé. La peau présentait sa température normale; au pied, elle offrait une sensation de fraîcheur. Nulle part, elle n'était sèche ni ridée. Pas de dilatations veineuses, si ce n'est au dos du pied. Au contraire, taches formées par des veines variqueuses sur la paroi postérieure gauche du thorax et à la région sternale.

Rien du côté des viscères, pas de souffle dans les vaisseaux.

La mère de la malade affirme que le développement anormal de la jambe droite, les lipomes, les dilatations veineuses du thorax furent remarquées aussitôt après la naissance. La grossesse, ainsi que les précédentes, avait été normale.

L'enfant se développa bien et marcha à 11 mois; c'est alors qu'on s'aperçut de la gêne apportée aux mouvements de la jambe.

Deux ans après la détermination des premières mensurations, de nouvelles furent prises. La taille avait augmenté de 6 pouces 1/4. L'accroissement de la jambe dans tous les sens avait fait plus de progrès à droite qu'à gauche, dans les proportions suivantes:

En longueur, totalité du membre 1 cent. et demi; cuisse, 1/4 cent.; jambe, 1/4 cent.; pied. 1/2 cent.; 2 orteils, 1/4 et 1/2 cent.

En volume, de 1/2 à 3/4 cent. pour la cuisse; de 1/4 à 3/4 cent. pour la jambe; de 1/4 cent. pour le pied.

Trois ans après, la malade succomba à une phtisie pulmonaire. L'autopsie ne fut pas faite.

En même temps que son hypertrophie droite, cette jeune fille avait présenté au membre supérieur droit un éléphantiasis des Arabes parfaitement caractérisé, avec poussées inflammatoires successives qui avaient mis plusieurs fois sa vie en danger.

Observation XVIII.

John ADAMS. (*The Lancet august* 7, 1858, p. 140). (Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 68?).

Georges P... , 19 ans. Hypertrophie congénitale du membre inférieur droit. Voici quelques mensurations comparatives :

	Côté droit	Côté gauche
Longueur totale.....	30	28,5
Circonf. autour des malléoles....	10	9,5
— du mollet.....	13,5	13,5
Circonf. de la cuisse 1/3 inférieur.	16,5	15,5
— 1/3 supérieur.	20	19

Il existe un nœvus large et superficiel qui occupe tout le membre hypertrophié. Ce nœvus commence au niveau de la dernière vertèbre dorsale et s'étend jusqu'au pied. Absent sur le fourreau de la verge, il couvre la moitié du scrotum et s'arrête sur la ligne médiane. Il s'efface par la pression. La fémorale et les autres artères du membre sont hypertrophiés.

Observation XIX.

BUSCH (*Loc cit*).

Hypertrophie du pied et de la jambe gauches.

Les 1er, 2me et 3me orteils sont hypertrophiés; les 2me et 3me sont envahis par la graisse et constituent une tumeur informe. Les ongles sont larges. La jambe est plus longue que celle du côté opposé ; les cuisses sont égales. Du côté hypertrophié, les veines sont volumineuses, les artères plus grosses qu'à l'état normal ; les nerfs paraissent sains. L'hypertrophie constatée est plus marquée en épaisseur qu'en longueur.

Observation XX.

BULL (*Soc. méd. de Londres*, 20 décembre 1886, et *Sem. méd.* 1886, p. 546).

Hypertrophie de l'extrémité inférieure gauche.

Garçon, 12 ans. Hypertrophie de l'extrémité inférieure gauche. Augmentation de 5 centimètres pour la cuisse et de 3 centimètres pour la jambe, en épaisseur; la longueur est la même des deux côtés. Pieds égaux. Urine et température normales.

Observation XXI.

CHASSAIGNAC (*Soc. chir., in* Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 684).

Jeune fille présentant une hypertrophie du membre inférieur gauche, qui non seulement est plus gros, mais plus long que l'autre. Ce sujet offrait des taches vasculaires, siégeant uniquement sur le membre *sain.*

Elle présentait, en outre, une tumeur veineuse de l'aisselle droite.

Observation XXII.

DUMREICHER (cité par Albert, *loc. cit.*).

Hypertrophie d'une extrémité inférieure.

Toute une extrémité est hypertrophiée ; elle mesure 4 pouces de plus que l'autre. Le pied est augmenté de volume et déformé par l'abondance de la graisse. La plante mesure 32 centimètres et sa hauteur 18 centimètres. Le gros orteil a 9 centimètres de long et 24 centimètres de circonférence. Les quatre autres orteils sont réunis dans un amas graisseux de 15 centimètres de large. La peau est très épaisse à la cuisse et à la jambe.

Observation XXIII.

William OSLER. Case of congenital and progressive hypertrophy of the right supper extremity (*Journ. of anat. and. physiol.*, 1879, t. XIV, p. 10.)

A. B..., 8 ans et 10 mois, bien développée, aînée de quatre enfants. Les parents sont en bonne santé. La mère raconte que, durant sa grossesse, son frère eut la main écrasée, et subit, pour ce fait, l'amputation de plusieurs doigts. Elle ne le vit pas pendant six semaines ; mais, plus tard, l'aspect grotesque de la main lui causa une vive émotion.

Le Dr Drak, médecin de la famille, assure que l'hypertrophie du bras était très marquée à la naissance, mais son attention était surtout dirigée du côté de la main, qui était toute déformée et avait les doigts fléchis. Le développement a été progressif. La mère affirme que ce développement anormal est maintenant plus marqué qu'à la naissance.

État actuel : Le membre supérieur droit est anormalement développé, et paraît appartenir à un adulte. De même pour les muscles de l'épaule. La face, l'abdomen, les cuisses

sont normaux. Le côté droit de la poitrine mesure 4 centimètres de plus que le gauche. Le grand pectoral droit est hypertrophié ; l'omoplate droite, le deltoïde, le trapèze également. Les sterno-mastoïdiens sont égaux.

Les muscles du bras et de l'avant-bras sont anormalement développés. Le poignet est épais et solide; la main épaisse, courte, avec les articles volumineux. La paume de la main présente un gros bourrelet graisseux, sur lequel la peau est épaissie. Le bourrelet du pouce et les muscles thénar sont très développés. Les doigts sont petits en proportion et demi-fléchis. Sauf le médius, ils peuvent être tous étendus ; celui-ci même est mobile. En bas âge, la flexion des doigts était moindre; elle s'est développée depuis, et suffit à tous les besoins fonctionnels. Peau saine. Température, pulsations et sensibilité normales.

Puissance musculaire plus marquée du côté hypertrophié. Il est droitier, et se sert de la main pour tous les usages.

Mensurations :	côté droit.	côté gauche.	différence.
Poitrine, 56 centimètres	30	26	4
De acromion à styloïde radial	42	37	5
Clavicule, longueur.	11,5	10,9	0,6
Humérus	24,1	21	3,1
Circonférence, bras	18,5	15,6	2,9
Humérus, condyles compris	7	6	1
Avant-bras, au plus épais	21,2	17	4,2
Poignet	15,5	12	3,5
Circonférence, main	20,3	15,7	4,6
Main, vers métacarpe.	9,5	7	2,5
3^{me} métacarpien, longueur.	5	6	1
3^{me} doigt	7,7	7	0,7
Circonférence pouce, 1re jointure	9	6,5	2,5

Observation XXIV.

BECK (Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 678).

Hypertrophie congénitale d'un membre.

Homme, petite stature, 28 ans, bûcheron.

Le pouce et l'index du bras droit avaient un volume énorme. Dès la naissance, ces deux doigts présentaient, ainsi que toute l'extrémité supérieure, des dimensions plus considérables. Pas de douleurs; gêne partielle de la main. La peau avait partout sa structure normale.

La mobilité, nulle dans l'articulation des deux phalanges du pouce, était incomplète dans celle du pouce avec le premier métacarpien, et seulement un peu diminuée dans les articulations de l'index. Le jeu du poignet et des autres doigts était parfaitement intact. L'augmentation de volume des os, dans les doigts hypertrophiés, s'accompagnait d'une densité et d'un épaississement du tissu cellulaire sous-cutané, qui empêchait de sentir les tendons. Le toucher était un peu moins parfait que dans les trois autres doigts, qui avaient, du reste, leur conformation normale. L'avant-bras, le bras et même l'épaule offraient une grosseur évidemment supérieure à celle du côté gauche, et cette augmentation de volume paraissait dépendre moins d'une hypertrophie des muscles que d'un épaississement de la couche celluleuse et de la distension de la peau, qui offrait cependant beaucoup de fermeté.

Observation XXV. (Fig. 3).

Franc WAGNER (*Oesterr. med. Jahrb.* 1839, XIX).

Hypertrophie de l'extrémité supérieure droite.

L'extrémité supérieure et le côté correspondant du thorax sont hypertrophiés. La main surtout est volumineuse et informe ; les 3e et 4e doigts sont particulièrement affectés. Le bras mesure 10 pouces de circonférence ; l'avant-bras, dans son tiers supérieur, 12 pouces contre 8 pouces 6 du côté opposé. La main droite pèse 12 livres. Le médius mesure 13 pouces 3 contre 2 pouces 7. Le pouce cependant, métacarpien compris, a en moins 2 pouces de circonférence et 2 pouces de longueur.

Observation XXVI. (Fig. 4).

H. FRIDBERG (d'après un dessin de 1803).

Hypertrophie de l'extrémité supérieure droite.

Toute l'extrémité supérieure est fortement hypertrophiée; la main surtout est énorme et informe. Le pouce, l'index, le médius sont particulièrement atteints. Le membre supérieur a en longueur 30 pouces du Rhin ; la main $11\ ^{1}/_{3}$; le bras $10\ ^{2}/_{3}$.

Observation XXVII. (Fig. 5).

W. GRUBER (*Virchow's arch.* LVI).

Hypertrophie de l'extrémité supérieure gauche.

La clavicule est plus longue à gauche qu'à droite de 1 à 2 cent.; toute l'extrémité droite est hypertrophiée. Le bras gauche est plus volumineux que le droit, mais de même longueur.

Circonf. bras gauche	26,5	bras droit.....	21,5
Vers le coude....	24,5	—	22
Avant-bras.....	19	—	16

Les 3e, 4e, 5e doigts sont normaux; le pouce a 6,8 contre 6,5; leur épaisseur est de 2 et 3 cent. contre 1,8. Avec le métacarpien, le pouce mesure 13 cent. contre 10,8. L'index est fléchi autour des autres doigts. Toute la moitié radiale de la main est hypertrophiée. A sa racine, on note 18,5 contre 15,5 de circonférence et 7,3 contre 6,2 de largeur. La pulpe du pouce est très graisseuse.

D. — HYPERTROPHIE D'UN SEGMENT DE MEMBRE.

Observation XXVIII.

WULFF (cité par Busch, *loc. cit.*).

Hypertrophie de la main droite.

Les trois premiers doigts sont hypertrophiés; la portion radiale de la main est volumineuse et offre une grande quantité de graisse.

Observation XXIX.

JACKSON (*Anatomical museum der Harvard University*, Boston, 1870).

Hypertrophie de la main droite.

Il s'agit d'une pièce pathologique où le médius droit est hypertrophié. Pas d'autres détails.

Observation XXX.

POGET (cité par Curling et par Busch).

Hypertrophie de la main droite.

Hypertrophie des 1er et 2e doigts du côté droit. Pas d'autres détails.

Observation XXXI.

Nederlandsch Lancet, 1840.

Hypertrophie du médius droit.

Pas de détails.

Observation XXXII.

ROSENFELD (*Aerztl. Mittheilungen ans Baden*, 1858).

Hypertrophie considérable et congénitale du pouce et de l'index droits.

Pas de détails.

Observation XXXIII. (Fig. 10).

BILLROTH (*in* Wittelshöfer, *loc. cit.*, p. 60).

Hypertrophie de l'extrémité supérieure droite et adiposité générale.

Franz R..., fille, 14 ans. Les 3me et 4me doigts de la main droite sont hypertrophiés depuis la naissance. Cette hypertrophie était totale et a augmenté en proportion du développement général. Depuis l'âge de 5 ans, le corps tout entier a grossi rapidement; à 14 ans, on dirait une femme ordinaire. A l'époque de l'examen, les doigts hypertrophiés étaient énormes, plus longs que toute la main gauche; ils sont bouffis, élastiques, en flexion; les ongles sont longs de 2 centimètres. La tuméfaction va jusqu'au carpe; au-dessus de celui-ci, du côté palmaire de l'avant-bras, *lipome circonscrit;* tumeur analogue vers l'éminence thénar. L'avant-bras correspondant est plus long de 1 centimètre et plus large de 2 centimètres que celui du côté opposé. La tuméfaction au niveau des deux doigts hypertrophiés mesure 29 centimètres vers le creux de la main, et 19 centimètres au niveau des doigts proprement dits. La longueur du carpe à l'extrémité est de 19 centimètres. Sueurs abondantes au niveau

de l'hypertrophie. Mouvements actifs très réduits, mouvements passifs assez étendus.

La malade réclame une opération. Ablation des deux doigts hypertrophiés et de la tumeur graisseuse. Toutes les phalanges sont augmentées de volume, de consistance affaiblie.

Observation XXXIV.

EWALD (*Virchow's arch.*, LVI).

Hypertrophie de la main gauche.

L'hypertrophie porte sur tous les doigts, sur l'index et le médius en particulier. La main est aussi plus volumineuse. Cette exagération de volume porte sur toutes les parties constituantes : peau, muscles, os, veines, graisse. Pas d'autres détails.

Observation XXXV.

FIEDLER (*Arch. der Heilk*, VII).

Hypertrophie de la main gauche.

Le 3^{me} doigt gauche a 12 centimètres de long, tandis que le 4^{me} du même côté mesure 9,5. L'hypertrophie est uniforme.

Observation XXXVI.

FIEDLER (*loc. cit.*)

Hypertrophie de la main gauche.

Les 2^{me} et 3mo doigts se sont hypertrophiés à la suite d'un traumatisme (écrasement) ; ils paraissent le double de leurs similaires.

Observation XXXVII.

KLEIN (*Græfe und Walther's journal b. Bd.*, cité par Busch).

Hypertrophie de la main gauche.

On note simplement l'hypertrophie de la main.

Observation XXXVIII.

ADAMS (de Dublin), cité par Fridberg.

Hypertrophie de la main gauche.

Le médius et l'index sont surtout hypertrophiés. Le médius gauche mesure 8" et le droit 3"5. La circonférence maxima égale 8".

Observation XXXIX.

(Moule en plâtre du Musée de Kings'Collège, cité par CURLING et BUSCH).

Hypertrophie de la main gauche.

Le médius est hypertrophié.

(Cette malformation congénitale a été constatée chez plusieurs membres de la famille).

Observation XL.

John REID (cité par Curling et Busch).

Hypertrophie de la main gauche.

Le pouce et l'index sont hypertrophiés; le pouce mesure 0"25 de plus que le similaire et l'index 0"5. L'artère radiale paraît deux fois plus volumineuse qu'à l'état normal.

Observation XLI.

WEST (*London med. and. chir. journal*, 1834, p, 119).

Hypertrophie de la main.

Les 2me et 3me doigts sont hypertrophiés et riches en graisse. La longueur des phalanges est de 4"; la circonférence près de l'ongle, 5"; au niveau de la première articulation interphalangienne, la circonférence égale 5"5; la largeur à l'extrémité dorsale 2". Pas d'autres détails.

Observation XLII.

GUERSANT (*Gaz. des hôpitaux*, 1857).

Hypertrophie de la main.

Les 4me et 5me doigts sont hypertrophiés.

Observation XLIII.

POOWER (cité par Curling et Busch).

Hypertrophie de la main.

Hypertrophie des 2me, 3me et 4me doigts. Pas d'autres détails.

Observation XLIV.

Hypertrophie de l'avant-bras et de la main.

Il s'agit d'une pièce du musée anatomique, dans laquelle l'avant-bras est hypertrophié, et où le médius est très volumineux et contourne l'annulaire.

Observation XLV.

BUSCH (*loc. cit.*)

Hypertrophie de la main.

Les 3^{me} et 4^{me} doigts sont uniformément hypertrophiés. Le 3^{me} est une fois et demie aussi gros que l'index.

Observation XLVI.

LEGENDRE.

Hypertrophie de la main.

Les 4^{me} et 5^{me} doigts du malade, à peine âgé de 4 ans et demi, ont le volume de doigts d'adulte. La partie de la main correspondante est aussi très considérable. Pas d'autres détails.

Observation XLVII. (Fig. 6). (1)

A. DUBRUEIL (*Gaz. heb. sc. méd. Montpellier* 1882, p. 593, et 1886, p. 194, avec planche).

Hypertrophie du pied droit.

Fille, 5 mois. Pas d'antécédents héréditaires, accouchement normal. Hypertrophie congénitale du pied droit au niveau des deux tiers internes du métatarse et de la rangée antérieure du tarse. Les os et surtout les parties molles sont augmentés de volume. Celles-ci sont exagérées par une masse lipomateuse siégeant principalement à la plante du pied. La peau est saine et la température est normale. Les trois premiers orteils sont hypertrophiés, les deux autres conservent leur volume naturel et sont rejetés en arrière. Le

(1) Cette figure est dessinée d'après la planche donnée par M. Dubrueil dans son 2^{e} article (*Gaz. hebd. sc. méd. Montp.* 1886, p. 194).

gros orteil est en extension et en adduction. La partie postérieure du pied, la cuisse et la jambe sont normales. Bonne santé générale (1882). Trois ans après (1885), les mensurations donnent le tableau comparatif suivant:

	Pied droit.		Pied gauche.	
	1882	1885	1882	1885
Du talon à extrémité onguéale du gros orteil...	0 095	0.14	0 075	0.125
Du cou-de-pied à extrémité onguéale du gros orteil	0.09	0.16	0.06	0.11
Circonférence à la base des orteils.....	0.16	0.27	0.10	0 14

Le traitement compressif, institué en 1882, étant resté insuffisant, le chirurgien pratiqua l'amputation de Lisfranc. Le lambeau plantaire fut modérément dépouillé de sa graisse (de crainte de sphacèle, cas de Billroth). Résultat excellent. Les parties amputées ont été soigneusement examinées. La peau n'a rien présenté de spécial, non plus que les vaisseaux, les nerfs et les muscles.

Voici les mensurations pratiquées après dissection:

Métatarsiens	Longueur	Circonférence à partie moyennne.
1	0.025	0.035
2	0.060	0 025
3	0.040	0.020
4	0.025	0.003
5	0.020	0.005

	Phalanges	Phalangines	Phalangettes
Longueur: 1	0.025	0.023	0.020
2	0.030	0.023	0.012
3	0.025	0.023	0.012
4	0.010	cartilagineuse	cartilagineuse
5	0.010	—	—

Observation XLVIII. (Fig. 11, B.)

(Pièce squelettique du Musée de Vienne 1820).

Hypertrophie du pied droit.

Le premier orteil est deux fois aussi long que le deuxième.

Observation XLIX.

W. BUSCH (*loc. cit.*)

Hypertrophie du pied droit.

L'hypertrophie est surtout marquée vers les épiphyses. Le troisième orteil était long de 31 lignes 5, et la première phalange de 14 lignes 5. Les mensurations du côté sain manquent.

Observation L.

BUROW (*Deutsche klinik* 1865, cité par Busch).

Hypertrophie du pied droit.

Hypertrophie des 2e et 3e orteils. Les parties molles et les os participent à cette hypertrophie.

Observation LI. (Fig. 15).

(Clinique de BILLROTH, *Zurich* 1864).

Hypertrophie du pied droit.

Sur les 2e et 3e orteils, hypertrophie et tumeur graisseuse.

Observation LII.

ALLINGHAM (*Soc. de méd. de Londres*, 29 nov. 1886, et *Sem. méd.* 1er déc. 1886, p. 501).

Hypertrophie congénitale de la partie antérieure du pied.

Femme, 20 ans. Le pied droit présente une difformité

remarquable. Le gros orteil est globuleux, relevé en haut, et mesure environ 15 centimètres de circonférence; le second orteil est plus gros encore que le premier, et le troisième est aussi hypertrophié, mais moins que les deux premiers; les quatrième et cinquième orteils sont repoussés en dehors, mais leurs dimensions sont normales; la peau de la partie antérieure du pied est très épaissie, mais non œdématiée.

M. Bennett a tenté une opération dans un cas analogue ; il a enlevé tous les tissus exubérants, sans sectionner aucun os, et le résultat a été satisfaisant.

Observation LII bis.

DUPLOUY (de Rochefort) (*Bull. soc. chir.*, 1886, p. 343).

Hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse.

Fille, 5 ans. Bien constituée. Parents sains et robustes. Dès la naissance, on s'aperçut que le pied gauche était plus volumineux que l'autre, et que les trois premiers orteils dépassaient de beaucoup le volume ordinaire. La disproportion resta sensiblement la même jusqu'à l'âge de 15 mois, puis elle s'accusa plus fortement dès les premiers essais de marche, et dès lors elle ne fit que s'accroître. L'avant-pied s'est transformé en une sorte de massue, de laquelle émergent en avant le gros orteil, puis le 2^{me} et le 3^{me}, très volumineux, déformés, contournés, presque accolés entre eux et séparés du 1er par une surface arrondie. Du côté plantaire, énorme coussinet graisseux. Les deux derniers orteils atrophiés, filiformes ont été rejetés sur le dos du pied par le refoulement progressif de la masse lipomateuse. Pendant longtemps, la marche a été possible sur le talon. Mais depuis quelques mois, il est impossible à la malade de supprimer instinctivement l'avant-pied. Cette masse informe bute, malgré ses efforts, contre le sol et rend la marche extrême-

ment difficile. Pas de douleurs; mais la gêne fonctionnelle légitime parfaitement une intervention chirurgicale. L'hypertrophie graisseuse portant sur tous les tissus, on ne peut songer à l'énucléation de la masse lipomateuse.

Opération. — On pratique alors la désarticulation tarso-métatarsienne. Les métatarsiens sont raréfiés, graisseux, facilement sécables. Ablation de deux cunéiformes suspects. L'artère pédieuse a paru un peu forte. Les plantaires ont paru normales. Le nerf plantaire interne a semblé plus volumineux que normalement.

L'observateur rapproche ce cas de ceux où il y a macrodactylie.

Trélat, au contraire, croit qu'il faut le ranger à côté de ceux qu'il a publiés dans son mémoire avec Monod, et lui attribuer une origine télangectasique.

Observation LIII. (Fig. 12).

(Consultation de la clinique de Billroth, 1872)

Hypertrophie du pied gauche.

Le gros orteil est très écarté de son voisin; il est volumineux, riche en graisse. Hypertrophie concomitante de la partie interne du pied.

Observation LIV. (Fig. 13).

BÖHM (*Inaug. Dissert. Giessen*, 1856).

Hypertrophie du pied gauche.

Le 2e orteil mesure 10 cent. de long et celui du côté opposé 4,5; son diamètre égale 4 cent. contre 1,5 pour le diamètre du similaire. Gros coussin graisseux sous le premier orteil.

Observation LV. (Fig. 16).

ALBERT (*Méd. Presse*, 1872, N° 1).

Hypertrophie du pied gauche.

Le pied est compris dans une tumeur graisseuse qui embrasse les 1er et 2e orteils; le 3e orteil est très petit; le 4e et le 5e sont normaux.

La longueur du pied, du talon à la pointe, égale 24 cent.; la circonférence de ce côté atteint 32 cent. contre 15 du côté opposé. Le membre entier mesure à gauche 53 cent. contre 48 à droite.

Observation LVI. (Fig. 17 et 18).

WITTELSHÖFER (*loc. cit.*, p. 64).

Hypertrophie de l'extrémité inférieure gauche, avec participation notable du pied.

Joseph Baruch Freukel, de Galicie, 11 ans. Se présente en 1878 à la consultation de Billroth pour une tuméfaction congénitale du pied rendant la marche fort difficile.

C'est un garçon pâle, peu vigoureux, de taille ordinaire. Toute l'extrémité inférieure gauche est plus grande que la droite, surtout à partir du genou.

	Côté droit	Côté gauche
Tibia	34 —	32
Circonférence malléolaire	19 cent.	17
Longueur totale du pied	31 —	22
Circonférence maxima du pied	33 —	22

Au niveau de l'hypertrophie, les tissus sont flasques, mous. Les 3e, 4e et 5e orteils sont particulièrement volumineux, constituant une masse presque hémisphérique, rénitente, qui donne la sensation d'un coussin rempli d'air.

A la région dorsale, la tuméfaction est nettement limitée

vers le métatarse; à la région plantaire, l'épaississement graisseux va jusqu'au talon. Les ongles des doigts hypertrophiés sont plus forts, plus longs et plus larges que leurs similaires. Orteil surnuméraire, court, épais, articulé avec le 5e métatarsien.

La peau des orteils hypertrophiés est délicate, fine. A la jambe et au pied, veines volumineuses.

Mobilité active douloureuse et limitée, mobilité passive assez étendue. Sensibilités thermique et tactile normales.

Au dire du père, l'hypertrophie s'est manifestée vers l'âge de 3 ans, et a progressé depuis régulièrement. On n'a noté rien d'analogue chez les autres membres de la famille.

Opération. — Désarticulation, avec lambeaux supérieur et inférieur des orteils hypertrophiés; section d'une partie des 4e métatarsiens. Guérison au bout de deux mois. Le malade marche convenablement avec une semelle plus épaisse à gauche. Les parties enlevées offrent une grande quantité de graisse; les artères semblent plus grosses que d'ordinaire; nerfs normaux.

Observation LVII.

LITTLE (cité par Curling et Busch).

Hypertrophie du pied.

Hypertrophie des 2e et 3e orteils.

Observation LVIII.

FLEISCHMANN (*Haser's Repert.*, 1843, p. 2).

Hypertrophie du pied.

Le gros orteil d'un enfant nouveau-né mesure 1 pouce 75,

le petit orteil 0''75 : ils étaient hypertrophiés. Les trois autres orteils manquaient complètement.

Observation LIX.

REID (cité par Curling et Busch).

Hypertrophie du pied.

L'orteil médian d'une enfant de deux ans dépassait de 0''75 le gros orteil, et avait une épaisseur égale à celle des quatre autres réunis.

Observation LX.

ALBERT (*loc. cit.*).

Hypertrophie du 1er et du 2e orteil.

Observation LXI.

ALBERT (*loc. cit.*).

Hypertrophie du gros orteil.

L'Hallux est trois fois plus volumineux qu'à l'état normal.

Observation LXII. (*Fig. 11, a*).

(Clinique de Billroth, 1868, d'après un dessin).

Hypertrophie du pied.

Les 1er et 2e orteils sont hypertrophiés.

E. — HYPERTROPHIE DE LA TÊTE SEULE.

Observation LXIII.

BARVELL (*Méd. Times and. Gaz.* 1881, et *Revue de Hayem*, 1882, t. 20, p. 628).

Hypertrophie droite de la tête.

Garçon, 13 ans, atteint d'une hypertrophie de la tête et de la face. Six ans auparavant, le côté droit de la face était deux fois plus large et moitié plus long que le côté gauche; vers l'oreille droite, plaque d'ichthyose en voie d'extension rapide. Les os étaient augmentés de volume, et les sutures crâniennes se trouvaient repoussées du côté gauche; les tissus mous correspondants avaient une consistance normale. L'hypertrophie remontait à la naissance; la ligature de la carotide primitive droite, faite en vue de préparer des opérations ultérieures, détermina la mort (1881).

Observation LXIV.

FRIEDREICH (Trélat et Monod, *loc. cit*, p. 687).

Hypertrophie congénitale et unilatérale de la tête. — Autopsie.

Jeune fille, 16 ans. Née d'une mère bien portante; grossesse sans accident, accouchement facile. Aussitôt après la naissance, on constate qu'un côté de la face est plus gros que l'autre. La santé générale a toujours été bonne et l'intelligence très éveillée. Les règles parurent à l'âge de 16 ans et furent toujours régulières. La conformation vicieuse de la tête devint de plus en plus apparente.

La différence de volume était surtout frappante dans la partie sous-orbitaire de la face; la commissure labiale droite

était située beaucoup plus bas que la gauche ; la moitié droite des lèvres, notamment de la lèvre inférieure, était très considérablement augmentée de volume. Le nez était très régulier dans ses dimensions, mais se trouvait légèrement refoulé à gauche par l'hypertrophie du côté droit de la face. Les deux moitiés du front étaient parfaitement symétriques, ainsi que les yeux.

Le pavillon de l'oreille était augmenté dans tous ses diamètres ; le diamètre vertical dépassait de 15 millimètres celui de l'oreille gauche. Par contre, le conduit auditif était considérablement rétréci, grâce à l'épaisseur insolite de son revêtement cutané.

Deux phénomènes bizarres se remarquaient dans le côté hypertrophié de la tête ; c'étaient des accumulations circonscrites de pigment et un développement énorme du système pileux. Le pavillon de l'oreille et l'apophyse mastoïde présentaient aussi de nombreux follicules sébacés hypertrophiés.

L'hypertrophie se retrouvait à l'intérieur de la bouche et même dans le squelette. Le rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure avait une épaisseur double du côté droit ; il en était de même, bien qu'à un moindre degré, pour le maxillaire inférieur. Dents aussi plus épaisses et plus longues à droite. Odontalgies fréquentes.

L'amygdale droite avait le volume d'une noix, sans mal à la gorge antérieur. L'hypertrophie des gencives était très remarquable, et celle de la langue extrêmement frappante ; la moitié gauche de cet organe ne semblait former qu'un appendice insignifiant, surajouté à la moitié droite, qui formait à elle seule la pointe de la langue. Les papilles fongiformes avaient, de ce dernier côté, près de 3 millimètres de longueur. Les papilles filiformes se distinguaient facilement à l'œil nu.

La sécrétion salivaire était manifestement plus abondante

à droite qu'à gauche. La sensibilité gustative et tactile de la langue était moins développée à droite, ce qui tenait sans doute à l'épaisseur insolite des couches qui recouvraient les terminaisons nerveuses.

La joue droite avait une coloration plus foncée que la gauche.

A part ces différences, on ne découvrait aucun trouble fonctionnel imputable au vice de conformation.

Autopsie (la malade mourut d'une fièvre typhoïde). — Le rocher droit était évidemment plus épais, plus saillant que le gauche, et les inégalités de sa surface manifestement plus prononcées. La moitié antérieure de la suture sagittale était déviée de gauche à droite, ce qui paraissait indiquer que le travail d'ossification avait été plus actif dans le pariétal droit que dans le gauche. Les autres parties du crâne, de même que l'encéphale, ne présentaient rien d'anormal.

A l'occasion de l'observation précédente, le docteur Heumann fit part, au Congrès médical de Darmstadt, d'un fait analogue. Il s'agit encore d'une difformité qui avait été remarquée par les parents dès la naissance. L'enfant avait 5 ans lorsqu'il fut examiné. L'hypertrophie avait presque doublé le volume, à gauche, de la joue, des deux mâchoires, des dents, de la langue et de ses papilles. La peau du pavillon de l'oreille gauche était fortement épaissie, les cheveux étaient plus développés de ce côté. Ce jeune garçon était atteint, depuis sa naissance, d'un écoulement fétide par le conduit auditif gauche, sans que l'ouïe eût souffert. Il présentait, en outre, un écoulement incessant de salive par l'angle gauche de la bouche. Il mourut, à l'âge de 6 ans, d'une méningite consécutive à une carie du rocher gauche.

La jeune fille observée par Friedreich avait présenté aussi, dans la dernière année de sa vie, une otorrhée purulente à gauche. On peut se demander si l'énergie plus développée

des phénomènes nutritifs dans le côté hypertrophié n'a pas pu constituer une prédisposition à un travail inflammatoire plus grave.

Observation LXV.

HEATH (*The Lancet*, march 10, 1883, p. 409).

Hypertrophie gauche de la tête.

Femme 36 ans. A 25 ans, hémiplégie totale qui disparut complètement aux membres et partiellement à la face. Celle-ci, durant les dix dernières années, s'est déformée. La branche gauche du maxillaire inférieur s'est hypertrophiée et a déjeté le menton à droite. La hauteur de la bronche horizontale gauche est de trois travers de doigt, l'autre de un et demi. Les mouvements de la mâchoire sont limités. Pas de rhumatisme.

Observation LXVI.

HANKEL (*Berl. Kl. Woch.*, septembre 1884, p. 560, et *Rev. Hayem*, 1886, 15 juillet, p. 127.

Hypertrophie gauche de la face

Femme, 35 ans. Le côté gauche du visage, dès l'âge de 12 ans, a commencé à se développer d'une façon exagérée jusqu'à 29 ans, où il a atteint le volume actuel. Le côté gauche est le double du côté droit. L'os zygomatique gauche, qui fait une saillie remarquable, a également une largeur et une longueur doubles de celles de son congénère. Le maxillaire supérieur est aussi hypertrophié, mais à un degré moindre. La moitié gauche du palais est double de la droite. Sur le côté gauche du nez, immédiatement au-dessous de l'orbite, on voit une tumeur osseuse, grosse comme un œuf; en dehors de cette tumeur, immédiatement au-dessous de

l'arcade zygomatique, se trouve un trou de 1 cent. 1/2 de profondeur, sur 3/4 de largeur, ne donnant lieu à aucun écoulement. La narine gauche est très large, le maxillaire inférieur également. La bouche est déviée en bas et à gauche. La cavité orbitaire gauche est plus grande. Staphylome total de la cornée avec atrophie du bulbe et raccourcissement de la paupière inférieure, de sorte que l'œil ne peut être fermé et que la conjonctive est injectée. L'os frontal est plus volumineux dans sa partie inférieure. Pas de différences du côté des cheveux. Pas d'autre anomalie des parties molles.

Ouïe dure des deux côtés. Vertige au moindre effort. Il n'y a, d'ailleurs, dans les antécédents, ni syphilis, ni traumatisme, ni suppuration, ni douleurs capables d'expliquer l'hypertrophie unilatérale.

Observation LXVII.

PASSAUER (Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 689).

Hypertrophie congénitale de la moitié gauche de la face.

Garçon, 11 ans. Issu de parents bien portants et ne présentant aucun vice de conformation. La difformité occupait le côté gauche de la face et existait dès la naissance. Elle prit avec l'âge un développement proportionné à celui du reste du corps. La mère, pendant sa grossesse, avait été serrée contre un mur par une voiture chargée, et avait, à la suite de cet accident, souffert pendant longtemps de vives douleurs dans le ventre ; d'ailleurs, l'accouchement se fit à terme et fut normal. L'enfant, en grandissant, ne présenta rien de particulier ; on remarqua cependant que les dents du côté gauche apparurent beaucoup plus tard que celles du côté droit. Au point de vue intellectuel, le jeune garçon se développa plus vite que ses frères et sœurs.

Taille ordinaire, complexion forte, constitution bonne. Le crâne présente des dimensions normales.

La face est considérablement défigurée, en raison du développement colossal de sa moitié gauche, et en particulier de la joue gauche, la droite étant tout à fait normale. La joue gauche est plus colorée que la droite; elle offre l'aspect d'une tumeur demi-sphérique, entraînée par en bas, d'une consistance uniformément élastique.

Cet excès de développement est limité en haut par une ligne passant au niveau de la racine du nez. Transversalement, il est brusquement limité par une ligne prolongeant la gouttière sous-nasale. Mais celle-ci n'est pas située dans l'axe du corps. Elle est fortement déviée à droite. L'ouverture de la bouche, les lèvres, le menton sont ainsi divisés en deux parties inégales, la gauche plus grande. La différence pour l'ouverture de la bouche est de 1 cent. 1/2. Le développement de la lèvre inférieure est plus considérable que celui de la supérieure, qui est presque normale. Les différences, en faveur du côté gauche de la face, trouvées dans les mensurations prises entre les points similaires, varient de 4 cent. à 6 cent. 1/2.

La langue se dévie fortement à droite, lorsqu'on la fait tirer hors de la bouche. Elle est divisée, suivant sa longueur, en deux parties inégales, dont la droite mesure 1 cent. de moins que la gauche; celle-ci est considérablement plus épaisse, et dépasse en hauteur la moitié droite d'une ligne et demie au moins. Les papilles sont notablement plus proéminentes à gauche.

Une différence analogue et très réelle existe pour le palais et les dents. Les dents, à droite, sont normales et rapprochées les unes des autres; à gauche, elles sont plus fortes et laissent de grands intervalles entre elles. La canine d'en haut a le volume d'une molaire. Les arcades dentaires sont,

pour la mâchoire supérieure comme pour l'inférieure, beaucoup plus étendues à gauche qu'à droite.

Le voile du palais est normal.

Le bord inférieur de la mâchoire, mesuré de la saillie mentonnière à l'angle maxillaire, donne 1 cent. 1/2 de moins à droite qu'à gauche.

L'enfant parle d'une manière distincte; l'élocution n'est altérée que d'une façon insignifiante. On ne remarque pas une modification de la physionomie en rapport avec l'hypertrophie des muscles de la face.

Observation LXVIII. (Fig. 9 et 14) (1).

GAYET (*Loc. cit.*).

Hypertrophie du côté gauche de la face.

L'autopsie permit de constater une énorme hypertrophie des os, des dents, de la peau, du tissu cellulaire, voire même des muscles. Il existait, en même temps, un énorme relâchement de l'articulation temporo-maxillaire.

Le sujet de l'observation succomba à un sarcome osseux de la base du crâne.

(1) Ces figures sont faites d'après deux photographies que M. le Professeur Gayet a bien voulu envoyer à notre Maître, M. Truc. Dans une lettre adressée aussi à notre Maître, M. le Professeur Gayet donne l'observation ci-dessus et un grand nombre de renseignements précieux sur celles qui faisaient l'objet de son mémoire à la société de chirurgie. Nous citons plus loin des fragments de cette lettre. Nous prions M. le Professeur Gayet d'agréer l'expression de notre vive gratitude.

TABLEAU I, montrant la fréquence relative de l'hypertrophie suivant le sexe.

	Nombre total de cas	Hommes	Femmes	Sexe non indiqué
1° Hémihypertrophie totale.....	12	8	3	0
2° Hypertrophie des extrémités opposées.....	4	0	1	3
3° Hypertrophie d'une extrémité seule.....	11	4	2	5
4° Hypertrophie d'un segment.... .	36	3	4	30
5° Hypertrophie de la tête seule....	6	2	3	1
Totaux.....	69	17	13	39

TABLEAU II, montrant la fréquence relative de l'hypertrophie suivant le côté du corps et suivant le membre (supérieur ou inférieur).

	Nombre total de cas	Côté droit	Côté gauche	d? g?	Membre supérieur	Membre inférieur
1° Hémihypertrophie totale..... .	12	9	2	1	»	»
2° Hypertrophie des extrémités opposées...	4	4	4	»	3 (les 2 mains)	1 (les 2 pieds)
3° Hypertrophie d'une extrémité seule.....	11	6	4	1	5	6
4° Hypertrophie d'un segment.	36	11	12	13	19 (main)	17 (pied)
5° Hypertrophie de la tête seule....	6	2	4	»	»	»
Totaux.....	69	32	26	15	27	24

CHAPITRE III.

DESCRIPTION.

A.—GÉNÉRALITÉS.

Ainsi que nous l'avons dit dans notre introduction, l'hypertrophie latérale peut occuper toute une moitié du corps, ou bien se limiter à un membre, à un segment de membre, à une moitié de la tête, ou bien se montrer à la fois sur les deux côtés du corps, généralement alors sur un membre ou un de ses segments.

Mais ce n'est pas avec la même fréquence que se produisent ces diverses localisations, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par l'examen de nos statistiques. Numériquement, l'hypertrophie segmentaire arrive la première, avec 36 cas. Puis vient l'hémihypertrophie totale, 12 cas. Ensuite l'hypertrophie d'une extrémité seule, 11 cas; l'hypertrophie d'une moitié de la tête seule, 6 cas; l'hypertrophie d'une extrémité de chaque côté du corps, 4 cas.

En somme, dans presque tous les cas, l'unilatéralité est la règle. Or, dans nos statistiques, nous trouvons que le côté droit est affecté 31 fois, et le côté gauche 26 fois seulement. Dans les 15 autres cas, le côté n'est pas indiqué. Nos chiffres confirment donc l'opinion de Trélat et Monod, à savoir que le côté droit est le plus souvent atteint par l'hypertrophie. La tête cependant semble faire exception à cette règle, car on trouve à peu près autant d'hypertrophies gauches que droites de l'extrémité céphalique.

D'après nos observations, sur 69 cas d'hypertrophie,

51 appartiennent aux membres et comportent 55 malformations. De celles-ci, 30 reviennent au membre supérieur et 25 au membre inférieur. Il résulte de ces chiffres que nous sommes obligé de repousser une opinion émise par Trélat et Monod, à savoir que l'hypertrophie se localise au membre inférieur plus souvent qu'au supérieur.

Il est vrai que, dans leur Mémoire, les auteurs que nous venons de citer négligent tous les cas où le vice de conformation que nous étudions n'atteint que les segments extrêmes des membres. Or, dans nos statistiques, nous trouvons 44 hypertrophies de segments, dont 25 pour la main et 19 pour le pied. Mais, même pour les cas d'hypertrophie d'une extrémité seule, nous voyons le vice de conformation siéger à peu près aussi souvent au membre supérieur qu'à l'inférieur.

Les hypertrophies segmentaires nous paraissent atteindre principalement la main et le pied. Les doigts et les orteils ne sont jamais indemnes dans cette catégorie d'observations ; ils sont rarement tous atteints. Les doigts le plus souvent affectés sont, en première ligne, le médius, 25 fois ; puis l'index, 17 fois ; ensuite le pouce et le 4e doigt, chacun 10 fois. L'auriculaire n'a été trouvé augmenté de volume que dans deux cas. Les trois premiers orteils sont presque toujours simultanément atteints. Le premier l'a été 15 fois ; le second 14 fois ; le troisième 13 fois ; les deux derniers, 2 fois seulement. Ajoutons encore que, dans un cas, est notée l'absence des trois orteils médians; dans cinq autres observations, il est dit que deux ou plusieurs orteils étaient palmés ou soudés entre eux.

Lorsque l'hypertrophie unilatérale est totale, comme dans douze des observations citées, il est assez fréquent que la malformation se montre avec la même netteté dans toutes les parties de la moitié du corps atteinte : tête, cou, membre

supérieur, tronc, membre inférieur. Mais il n'est pas rare, non plus, que certaines parties soient principalement intéressées. Assez souvent alors, le membre inférieur et la face présentent les déformations les plus caractéristiques. Nous reviendrons, plus loin, sur l'hypertrophie du cou, du thorax et de l'abdomen.

L'hypertrophie de la tête seule fait le sujet de six observations. Elle siège deux fois à droite et quatre fois à gauche. Il semble donc que lorsque le vice de conformation qui nous occupe siège sur la tête, le côté gauche soit le plus souvent atteint. Mais, lorsque l'hypertrophie occupe toute une moitié du corps, la majorité des cas revient aux hypertrophies droites de la tête. La déformation porte surtout sur la face, et assez peu sur le crâne, pour qu'on ne puisse la distinguer rigoureusement des irrégularités qui existent si souvent chez des sujets d'ailleurs absolument normaux.

Dans deux observations (obs. IX et obs. LXIV), l'hypertrophie d'une moitié du cou a coexisté avec celle d'une moitié de la tête. Elle portait essentiellement sur l'appareil musculaire de la région.

L'ypertrophie du thorax est signalée dans six observations. Dans quelques cas, elle était si peu marquée, que l'emploi seul du cyrtomètre a pu la mettre en évidence. Elle existe généralement avec l'hypertrophie du membre supérieur. On l'a vue s'accompagner d'hypertrophie du sein dans un cas seulement. Dans un autre, le sein était plus élevé du côté anormalement développé.

L'abdomen et le bassin ont paru souvent augmentés de volume d'un côté; mais, sauf dans deux cas, des mensurations précises ont montré qu'il n'y avait pas hypertrophie, mais déviation de la ligne ombilicale par élévation et rotation du bassin. Cette élévation et cette rotation étaient dues à l'accroissement de longueur du membre inférieur

hypertrophié, et avaient pour but de compenser la brièveté de l'autre et de s'opposer à la claudication.

Dans aucune observation n'est signalée l'hypertrophie isolée, soit du thorax, soit de l'abdomen. Pourtant, Richard Bramwell (*loc. cit.*), à l'occasion de son observation (obs. LXIII), prétend qu'il a constaté 15 fois l'hypertrophie du tronc; celle-ci aurait siégé 14 fois à droite et une seule fois à gauche. L'excès de développement aurait causé même, au dire de l'auteur, des déviations latérales.

Quoi qu'il en soit, jamais les viscères contenus dans le thorax et l'abdomen n'ont présenté d'hypertrophie anormale. Nous verrons, d'ailleurs, plus loin, que leurs fonctions ont toujours eu une parfaite intégrité, et que les sujets atteints du vice de conformation qui nous occupe, ont toujours paru jouir d'une santé générale satisfaisante.

La catégorie la moins nombreuse de nos observations comprend les cas d'hypertrophie des extrémités opposées ou alternes. Ici, le vice de conformation occupe à la fois, partiellement, les deux côtés du corps, toujours les extrémités dans les observations citées. Dans trois cas sur quatre, les deux mains sont hypertrophiées; dans le dernier, ce sont les deux pieds. Si une main et un pied étaient simultanément atteints, l'hypertrophie serait alterne. Nous ne trouvons aucune observation qui mérite ce dernier titre, à moins que le lecteur ne range dans cette catégorie l'observation de Friedberd (1), où il est dit que le sujet présentait une hypertrophie du membre inférieur droit et un éléphantiasis du membre supérieur gauche; pour nous, nous avons préféré ne pas tenir compte de cette dernière lésion, qui, évidemment, n'est pas de même nature que celle que nous étudions, et ranger ce cas dans la catégorie des hypertrophies «d'une extrémité seule.»

(1) Obs. XVII.

Nous venons de voir, d'une manière générale, comment se comporte l'hypertrophie somatique latérale, quels sont ses sièges de prédilection, quelle est la fréquence relative de ses localisations. La description symptomatique qui va suivre montrera, d'une manière plus précise, les phénomènes qui caractérisent cet état, l'aspect qu'il donne aux parties atteintes, les modifications fonctionnelles qu'il peut entraîner.

Dans cet exposé didactique, nous ferons de fréquents emprunts à Trélat et Monod, dont l'excellent Mémoire présente, au point de vue qui va nous occuper, une clarté et une précision remarquables.

B. — SYMPTÔMES.

Les hypertrophies latérales du corps étant probablement un vice de conformation, nous avons à rechercher :

1° Les modifications subies par les parties atteintes dans leurs attributs physiques : forme, direction, couleur, dimensions, poids, température.

2° Le retentissement que ces modifications peuvent avoir, soit sur les fonctions essentielles : sensibilité, intelligence, etc., lorsque la malformation siège au niveau des cavités splanchniques, soit sur les fonctions secondaires : mobilité, marche, préhension, toucher, lorsqu'elle siège sur les membres.

De là, deux séries de phénomènes à étudier : les uns d'ordre physique, les autres d'ordre fonctionnel.

1° SYMPTÔMES PHYSIQUES.

a. *Forme et direction.* — « Quelle que soit la portion du corps atteinte, disent Trélat et Monod (*loc. cit.*, p. 539), il y a vice de conformation, mais pas difformité véritable ; les di-

verses portions du membre gardent des proportions régulières. Rien, dans l'aspect extérieur, ne frappe dès l'abord l'attention ; ce n'est que l'examen comparatif des membres de chaque côté qui révèle leur disproportion, à moins que celle-ci ne soit excessive, comme dans un seul de nos cas.... (obs XVII).» Cette proposition est vraie pour les cas où l'hypertrophie occupe tout un côté du corps ou tout un membre. Mais nous savons que les auteurs que nous venons de citer ne tiennent pas compte des hypertrophies de segments ; or, dans ces derniers cas, il y a souvent difformité. Nos observations XXV, XXVI, XXXIII disent que la «main était énorme et informe ; la même remarque est faite, au sujet du pied, dans plusieurs autres (observations XIX, XXII, LI, LII (*bis*), LV). Il suffit, d'ailleurs, de jeter un coup-d'œil sur certaines de nos planches pour se convaincre que, souvent, la forme est profondément altérée. Dans un grand nombre de ces cas, la difformité est due au développement exagéré d'un des tissus constituants, à la graisse ; celle-ci forme tantôt des tumeurs circonscrites siégeant ordinairement à la plante du pied ou à la paume de la main, quelquefois au carpe et à l'avant-bras, tantôt des amas englobant plusieurs doigts ou plusieurs orteils, et constituant ainsi une masse informe et rénitente.

La forme générale du thorax est peu modifiée. Tout au plus a-t-on constaté quelquefois une voussure peu appréciable du côté hypertrophié. Il en est de même de l'abdomen et du bassin. On a trouvé, dans les hypertrophies avec allongement considérable du membre inférieur, que l'ombilic était dévié de la ligne médiane, que l'épine iliaque, du côté atteint, était plus élevée et sur un plan plus antérieur que celle du côté opposé ; mais ce sont là des phénomènes de déviation secondaire et non de véritables déformations.

A la tête, les déformations siègent le plus souvent à la

face. « La joue est plus saillante, une moitié des lèvres plus volumineuse que l'autre; le nez, régulier dans toutes ses parties, était légèrement déplacé, comme refoulé par la joue hypertrophiée; le front par contre était parfaitement conformé. Signalons surtout la singulière disposition des arcades dentaires, l'épaississement des rebords alvéolaires, le plus grand développement des dents, plus épaisses, plus larges et plus longues; toutes les différences n'existent que dans une moitié de la mâchoire. La langue est aussi inégale dans ses deux moitiés. Le pavillon de l'oreille, comparé à celui du côté opposé, semble quelquefois augmenté dans tous ses diamètres (1). »

Pour le crâne, les différences sont moindres, et n'ont pu généralement être appréciées pendant la vie.

A la question de *forme*, se rattache celle de *direction*. Nous venons de voir ce qu'il en est pour la face. Nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit plus haut, sur le thorax et l'abdomen. Aux membres, dans la plupart des cas, la direction reste normale. Dans plusieurs observations, pourtant, on signale la déviation d'un doigt ou d'un orteil. Tantôt c'est l'index ou le médius qui contourne les autres doigts (obs. XXVII et XLIV), tantôt c'est le gros orteil qui est déjeté en dedans, tantôt enfin ce sont les doigts ou les orteils sains qui sont déviés de leur direction normale par l'hypertrophie excessive des autres (obs. LII *bis*).

b. *Couleur.* — Elle est généralement normale. Cependant, dans 2 ou 3 cas, on signale une couleur grisâtre ou jaunâtre, en même temps qu'un aspect flétri et comme plissé de la peau. Dans un autre petit nombre de cas, en certains points des régions hypertrophiées, elle a présenté une couleur

(1) Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 546.

violacée. Mais ce qui est, à ce point de vue, très remarquable, c'est le nombre relativement grand (8) de cas dans lesquels on a signalé, sur les régions atteintes, des taches congestives, nœviformes, ou même de véritables *nævi*. Ces taches donnent aux parties hypertrophiées une couleur cuivrée, rougeâtre ou cyanique, qui, fait très important, ne dépasse presque jamais la ligne médiane du corps.

Nous reviendrons sur ce dernier point, dans l'étude anatomo-pathologique, en nous occupant de l'hypertrophie du système vasculaire, et dans nos considérations étiologiques. Nous verrons, en effet, qu'un auteur récent fait jouer un grand rôle aux nœvi dans la production de l'hypertrophie.

c. *Volume et dimensions.* — C'est l'exagération des dimensions dans une partie du corps qui forme le caractère essentiel du vice de conformation que nous étudions. On le retrouve nécessairement dans toutes nos observations. Mais il varie beaucoup de netteté suivant les cas. Tantôt les différences entre les parties similaires frappent très vivement la vue; tantôt il faut les rechercher avec soin par des mensurations précises.

Voyons d'abord ce qu'est ce caractère dans les hypertrophies des membres et de leurs divers segments. C'est ici qu'il est le plus facile de constater l'exagération de toutes les dimensions. Les dispositions anatomiques permettent en effet de prendre des mensurations très précises soit en longueur soit même en épaisseur. Or, les mensurations dans l'axe des membres ont révélé, dans la plupart des cas, une augmentation de longueur du côté hypertrophié. Cette augmentation est parfois très considérable, et en général très manifeste. Elle est de 10 cent. dans l'observation d'Ollier; de 9 cent. dans celle de Friedberg; elle descend rarement au-dessous de 1 cent. Elle est beaucoup plus marquée géné-

ralement au membre inférieur qu'au supérieur. Cependant, dans l'observation XXV, nous voyons que la différence entre les deux médius est de près de 11 pouces (26 cent). Mais le cas est exceptionnel.

En volume, la différence en faveur du membre hypertrophié est souvent proportionnelle à la différence en longueur. Elle est parfois très considérable, et parfois aussi elle existe seule. Mais l'augmentation de volume n'a pas la même valeur caractéristique que l'augmentation de longueur.

Deux causes d'erreur, en effet, peuvent rendre suspectes les mensurations prises suivant la circonférence du membre: l'hypertrophie physiologique consécutive à l'exagération fonctionnelle d'un côté du corps, l'œdème qui accompagne assez souvent, surtout au membre inférieur, la malformation qui nous occupe.

La première cause d'erreur est moins sérieuse qu'on ne pourrait le croire tout d'abord. Souvent, en effet, le sujet chez lequel on constate des différences de volume entre les deux membres opposés est trop jeune pour que l'exagération fonctionnelle d'un côté du corps ait pu amener l'hypertrophie de ce côté. D'autres fois, il est explicitement noté que le sujet ne travaillait pas, ou qu'il était droitier lorsque l'hypertrophie siégeait à gauche. D'ailleurs, les différences de volume entre deux membres qui agissent inégalement sont toujours plus faibles que celles qui existent entre deux membres dont l'un est atteint de l'hypertrophie pathologique que nous étudions. Toutefois, dans certains cas, on devra tenir compte de la cause d'erreur que nous venons de signaler, pour ne pas attribuer au vice de conformation toute l'augmentation des dimensions.

Quant à l'œdème, il est facile de se mettre à l'abri des erreurs qu'il peut amener. Il suffit, pour cela, de pratiquer, comme l'ont fait Trélat et Monod, les mensurations après

quelques jours de repos au lit. L'œdème disparaît, et s'il reste alors des différences de volume entre des parties similaires, ces différences sont du fait seul de l'hypertrophie unilatérale. D'ailleurs, une autre ressource reste souvent pour apprécier l'hypertrophie en épaisseur : c'est la comparaison des largeurs prises sur les os superficiels des deux membres, comme la face interne du tibia et du cubitus, la rotule, les condyles du fémur, etc. L'augmentation de volume de ces parties osseuses est signalée dans l'observ. IX.

Ce que nous venons de dire des précautions à prendre dans l'appréciation des dimensions circonférentielles ne signifie pas que ces dernières ne soient jamais caractéristiques. Quelquefois même elles existent seules, et pourtant le diagnostic d'hypertrophie unilatérale n'est pas douteux. Ainsi, notre observation inédite signale, en faveur du côté droit, une augmentation de volume de 3 centim. à la cuisse. Or, il s'agit d'un enfant de 13 mois, n'ayant pas d'œdème et commençant à peine à marcher. Dans l'observ. V, nous trouvons, en faveur du côté hypertrophié, une augmentation de volume de 10 centim. à la cuisse et de 7 centim. au mollet. Dans l'obs. XX, la différence entre les deux membres est de 5 centim. Dans une autre, enfin, nous voyons le gros orteil présenter une circonférence de 24 centim.

L'hypertrophie en épaisseur n'est donc pas plus douteuse que celle en longueur.

A la face, l'excès de développement d'un côté est toujours très appréciable à la vue ; mais les mensurations sont souvent impuissantes à le dévoiler. Dans quelques observations même, il est dit qu'elles ont été trouvées égales des deux côtés. Cependant, dans une autre, on a noté des différences, entre les deux moitiés de la face, variant de 4 cent. et demi à 6 cent. Dans une deuxième, nous voyons que le pavillon de l'oreille a, du côté de la malformation, un dia-

mètre vertical de 1 cent. supérieur à celui du côté sain. Plusieurs autres nous montrent que la langue semblait formée de deux parties bien distinctes : une partie principale qui était la moitié hypertrophiée, et une partie accessoire, comme surajoutée, qui était la partie saine.

L'augmentation de volume est rare au tronc, et en tous cas peu appréciable. Au thorax, on a noté des différences de 1 à 2 centim. en faveur du côté hypertrophié. Dans l'obs. V, on signale l'épaississement des parois abdominales du côté de la malformation. Dans quelques autres, l'augmentation d'un des demi-périmètres de l'abdomen. Mais la mobilité des points de repère, pris pour ces mensurations, rendent ces dernières douteuses.

d. *Température.* — Nous nous occuperons plus tard de l'hypertrophie du système vasculaire. Mais il est un symptôme d'ordre physique, sous la dépendance de cette hypertrophie, que nous devons relever dès maintenant : c'est l'augmentation de la température dans le côté anormalement développé. Dans plusieurs observations, ce phénomène est constaté. Dans un cas, la différence entre les deux côtés était de 2 à 9° F. Dans deux autres elle était telle, qu'elle était très appréciable à la main. De plus, le sujet accusait lui-même que le membre hypertrophié était toujours brûlant, même en hiver et en plein air, tandis que l'autre était alors froid.

e. *Poids.* — Il est évident que l'accroissement de toutes les dimensions ne saurait exister sans une augmentation concomitante de poids. Mais celle-ci est difficilement appréciable d'une manière précise. Une pourtant des observations de la quatrième catégorie nous dit qu'une main monstrueuse pesait 12 livres. Nous n'insistons pas sur ce point.

2° SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Dans l'étude des phénomènes fonctionnels, nous nous occuperons d'abord du retentissement qu'a l'hypertrophie sur le fonctionnement des membres, puis des troubles généraux que ce vice de conformation peut occasionner.

a. *Membres : marche, préhension, mobilité.* — Si l'on considère combien s'éloignent parfois des dimensions normales les membres hypertrophiés, on est en droit de se demander s'il n'en résulte pas pour leur fonction une gêne considérable. Le membre inférieur, surtout, présente des augmentations de longueur et de volume énormes. Pourtant, on voit les sujets atteints de cette monstruosité marcher très convenablement et presque sans boîter. L'absence de claudication est due, ainsi que le font remarquer Trélat et Monod, à l'ascension du bassin et à la flexion du genou du côté hypertrophié; mais, s'il n'y a pas boîterie manifeste, il y a toujours une certaine gêne de la marche, qui a lieu *en fauchant.* Le membre supérieur aussi, dans beaucoup de cas, remplit son rôle; pas plus que l'inférieur, il n'est gêné par l'exagération de ses dimensions et de son poids. La mobilité de ses articles est souvent intacte, et il n'est nullement inerte; ces membres hypertrophiés, énormes, sont souvent plus forts que les membres sains. Ainsi, le sujet, observé par Devousges, disait avoir trois fois plus de force du côté hypertrophié que de l'autre. La jeune fille de l'observ. XVII pouvait, une fois le bassin fixé, mouvoir avec force son membre inférieur, tellement gigantesque, qu'à lui seul il égalait presque le volume du reste du corps.

Mais si, dans les cas que nous venons d'indiquer, il n'existe pas de gêne fonctionnelle, il n'en doit pas être de même souvent dans certaines hypertrophies de segments, dans

celles qui atteignent seulement une main ou un pied. Lorsque les doigts ou les orteils sont ensevelis au milieu de la graisse, lorsqu'il y a soudure entre les espaces interdigitaux, comme il est indiqué dans plusieurs observations, lorsque, comme dans celles, malheureusement perdues, de Gayet, il y a une telle hypertrophie des ligaments, que le pied peut être amené à toucher de sa face dorsale le dos de la jambe, la préhension ou la marche doivent être singulièrement embarrassées. N'est-il pas dit, d'ailleurs, dans maintes observations (observations XXXIII, XLVII, LII *bis* et LXVI), qu'une intervention chirurgicale fut réclamée, et non pas seulement dans un but esthétique, mais pour améliorer la fonction du membre? De plus, dans quelques observations, nous trouvons consigné que, si les mouvements passifs étaient possibles, quoique douloureux dans un cas, les mouvements actifs étaient très restreints; dans une autre, l'hypertrophie d'une des branches du maxillaire inférieur était telle, que les mouvements de la mâchoire étaient très gênés, et qu'on pensa à établir une pseudàrthrose.

Nous insistons sur ces faits, car il nous serviront à édifier le pronostic et le traitement de l'affection qui nous occupe, points que Trélat et Monod, Wittelsöfer et tous les autres ont laissés dans l'ombre.

b. *Sensibilité générale.* — Que devient la sensibilité dans les parties hypertrophiées? La plupart de nos observations ne nous l'apprennent pas. Dans un petit nombre, on nous dit qu'elle était émoussée, ce qui était peut-être en rapport avec l'épaississement de la peau; dans quelques autres, on a soin d'indiquer qu'elle était normale.

Nous avons déjà dit que certains sujets accusaient une sensation de chaleur très marquée du côté hypertrophié; dans un cas, pourtant, le sujet éprouvait de la fraîcheur.

c. *Sensibilités spéciales.* — Quant au fonctionnement des divers organes des sens, les renseignements sont encore ici, ou très incomplets, ou contradictoires. Pour l'odorat, les observations sont muettes. Dans l'observation LXIV, il est dit que la sensibilité gustative et tactile était émoussée dans la partie de la langue augmentée de volume, mais probablement à cause de «l'épaisseur insolite des couches qui recouvraient les terminaisons nerveuses.» La vue et l'ouïe, plus faciles cependant à observer objectivement, n'ont pas présenté des modifications bien en rapport avec le vice de conformation de la tête; dans l'observation VIII, la vue et l'ouïe étaient moins développées du côté hypertrophié. Nous avons vu ce qu'étaient ces sens dans l'observation de Broca, et ce qu'il fallait penser de leurs altérations; enfin, dans l'observation LXVI, l'ouïe était dure des deux côtés. En somme, de ces détails ne peut ressortir aucun rapport précis entre l'état des organes des sens et l'hypertrophie de la tête.

d. *Intelligence.* — Dans un cas (observation VIII), elle était très faible; dans un autre (obs. LXVII), elle était très développée. Aucune conclusion ne peut être tirée de ces faits contradictoires.

e. *Sécrétions.* — Les phénomènes que nous venons d'étudier appartiennent à la vie de relation; ceux appartenant à la vie organique sont bien moins nombreux. Dans un cas (obs. LXIV), on a constaté une augmentation de la sécrétion salivaire du côté hypertrophié, en même temps qu'une otorrhée et des odontalgies. Dans le même cas, avec un développement anormal du système pileux, existait une exagération de la sécrétion sébacée; dans un autre (obs. XXXIII), on a signalé une hypersécrétion de sueurs, au niveau d'une main augmentée de volume.

Le vice de conformation que nous étudions semble donc retentir bien peu sur les grandes fonctions de l'organisme. L'intelligence, la sensibilité, les organes des sens ne paraissent pas se ressentir beaucoup de la localisation de l'hypertrophie à la tête. Rien dans les observations ne montre que les fonctions des organes contenus dans les autres cavités splanchniques aient jamais été troublées par l'hypertrophie des parois thoraciques ou abdominales. Enfin, assez souvent, la malformation n'apporte qu'une gêne médiocre à la fonction des membres.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous venons de montrer par quels phénomènes se manifeste l'hypertrophie unilatérale. Pénétrons plus avant dans l'étude de cet état, et voyons ce que deviennent les divers tissus de l'organisme.

Tout d'abord, nous devons faire remarquer que, sur les 69 observations que nous avons réunies, trois seulement donnent un examen nécropsique. Celui-ci même est, au moins dans une, très incomplet. Quatre autres fournissent les résultats de la dissection des parties enlevées par le chirurgien. Par suite, sur beaucoup de points, cette étude anatomique est toute superficielle, et n'a pas la précision que l'on pourrait souhaiter.

Nous croyons utile, avant de passer successivement en revue les modifications subies par les divers tissus, de rappeler ici les constatations faites dans les autopsies et dans les dissections dont nous venons de parler. Les renseignements qu'elles nous fourniront, venant confirmer les résultats de l'observation sur le vivant, nous permettront de donner à certaines parties de cette étude une plus grande certitude.

L'observation V nous fournit un examen nécropsique très incomplet. Le sujet succomba à des lymphadénomes malins, qu'on constata à l'autopsie. Ces tumeurs occupaient presque tous les ganglions, ce qui semblait démontrer une altération profonde du système lymphatique. Aucun autre détail n'est signalé.

Nous trouvons les résultats d'une seconde autopsie dans l'observation LXIV. Le sujet atteint d'hypertrophie droite de la tête, avait succombé à une fièvre typhoïde. Il y est dit: «Le rocher droit était évidemment plus épais, plus saillant que le gauche, et les irrégularités de sa surface manifestement plus prononcées. La moitié antérieure de la suture sagittale était déviée de gauche à droite, ce qui paraissait indiquer que le travail d'ossification avait été plus actif dans le pariétal droit que dans le gauche. Les autres parties du crâne, de même que l'encéphale, ne présentaient rien d'anormal.» Pas de renseignements sur l'état des parties molles de la face.

Les détails fournis par le professeur Gayet, dans l'observation LXVIII sont plus complets. Le sujet atteint encore d'hémihypertrophie de la tête, avait succombé à un sarcome osseux de la base du crâne. A l'autopsie, «on put constater une énorme hypertrophie des os, des dents, de la peau, du tissu cellulaire, voire même des muscles. Il existait en même temps un *énorme relâchement de l'articulation temporo-maxillaire.*»

Nous trouvons dans l'observation XXXIII, que le sujet subit l'ablation des 3^{me} et 4^{me} doigts de la main droite, en même temps que d'une tumeur graisseuse. Les parties enlevées furent disséquées. On constata que toutes les phalanges étaient augmentées de volume et de consistance affaiblie.

Le sujet de l'observation XLVII subit la désarticulation de Lisfranc. Voici les constatations faites par le chirurgien après dissection de la pièce. On ne trouve rien de spécial du côté des vaisseaux, des muscles et des nerfs. La graisse était située non seulement sous la peau, mais aussi dans les muscles. Les trois premiers orteils sont atteints dans tous leurs segments, y compris le métatarsien. La forme des os est conservée normale, sauf pour les phalangettes qui sont

terminées à leur extrémité libre par un bord irrégulier. L'augmentation de circonférence paraît peu prononcée au niveau des épiphyses.

Dans l'observation LII *bis*, il est dit qu'on pratiqua l'ablation du métatarse et des deux cunéiformes internes. Les métatarsiens, ainsi que les cunéiformes, étaient raréfiés et facilement sécables. Ils paraissaient infiltrés de graisse. L'artére pédieuse et le nerf plantaire interne semblèrent un peu forts. Les artères plantaires étaient normales.

Enfin, dans l'observation LVI, sont consignés les résultats de l'examen de plusieurs orteils enlevés. On trouve une grande quantité de graisse. Les artères semblent plus grosses que d'ordinaire ; les nerfs sont normaux.

Ainsi qu'on peut le voir d'après ce qui précède, les observateurs, dans leurs examens anatomiques, ont constaté surtout l'hypertrophie des os. Seul, le professeur Gayet a montré qu'elle atteint souvent tous les tissus. Dans un Mémoire qu'il avait présenté à la Société de chirurgie, et qui fut malheureusement égaré, il avait encore prouvé, par plusieurs observations, cette participation de tous les tissus à l'hypertrophie. Voici d'ailleurs, d'après une lettre adressée par le savant chirurgien lyonnais, à notre Maître M. le professeur-agrégé Truc, quelles étaient les principales conclusions de ce travail : « Je démontrais, par les faits, dit M. le professeur Gayet, que jamais les patients que je visais n'avaient eu de semblables maladies (éléphantiasis, vieux érysipèles à répétition, œdèmes chroniques, etc.), et que toutes les parties de leurs membres participaient à l'hypertrophie. Les os, les ligaments, les muscles, les téguments étaient tous bâtis sur un énorme patron. *En ce qui concerne les ligaments, ceux-ci présentaient dans tous les cas une énorme laxité* (1) laissant,

(1) Nous soulignons ces faits, car ils ne sont signalés par aucun autre observateur.

une fois, le pied flotter comme un battant de cloche et se retourner même sur la jambe. Le mal pouvait, néanmoins, se borner aux téguments, témoin deux observations de Valentine Mott (1) que je citais. Deux fois je l'avais vu sur tout le membre inférieur... Chose curieuse, deux des malades atteints de cette étrange affection ont succombé au développement du sarcome osseux, l'un au cubitus, l'autre à la base du crâne.»

Wittelshöfer, dans son Mémoire, affirme aussi que tous les tissus sont atteints, mais ils le sont à un degré différent.

Nous allons maintenant les passer successivement en revue, en allant de la superficie vers la profondeur, et nous montrerons, d'après les constatations faites sur le vivant et d'après celles résultant des examens anatomiques, la part que chacun prend à l'hypertrophie et les modifications qu'il subit.

1° *Peau.* — La peau est toujours hypertrophiée, mais elle l'est proportionnellement à l'étendue des parties qu'elle doit recouvrir. Dans deux cas pourtant, ceux de Valentine Mott, c'est sur le tégument que porte exclusivement l'excès de développement. Le plus souvent elle conserve un aspect normal. Lorsque la peau est épaissie, comme il est noté dans six observations, Wittelshöfer considère ce fait comme un phénomène pathologique secondaire.

Les annexes participent parfois de l'excès de développement. Dans un cas (observation LXVI), d'autant plus remarquable qu'il s'agit d'une jeune fille, nous voyons, du côté hypertrophié, la peau de la joue, du pavillon de l'oreille et des parties voisines se recouvrir d'un grand nombre de poils. En même temps, les glandes sébacées de la région avaient

(1) Malgré de recherches minutieuses, nous n'avons pu retrouver le travail du chirurgien américain où sont consignés les faits cités.

pris un développement exagéré. Assez souvent, on voit les ongles s'élargir et s'épaissir.

2° *Tissu cellulaire et graisse.* — L'épaississement du tissu cellulaire est signalé deux ou trois fois seulement. Il n'en est pas de même du tissu adipeux.

L'hypertrophie graisseuse a été constatée dans un grand nombre de cas. Elle fait une des particularités de notre observation inédite, où nous voyons un bourrelet adipeux recouvrir la région métatarso-tarsienne, et d'autres amas graisseux exister en divers autres points. Tantôt le tissu adipeux forme des tumeurs circonscrites, siégeant souvent à la paume de la main ou à la plante du pied.

Tantôt il constitue des amas englobant plusieurs doigts ou plusieurs orteils. Tantôt il est étalé en couche épaisse, soit sur une grande partie du corps, soit dans la pulpe d'un doigt, le pouce en particulier. Dans onze cas, l'hypertrophie a été constatée au pied, dans cinq autres à la main ; une fois elle était généralisée à tout le corps. Assez souvent, la graisse forme des amas irréguliers, dépourvus de capsule, siégeant ordinairement au pied. L'observation LII est remarquable à ce point de vue. Ces accumulations ne constituent pas des lipomes proprement dits. Comme le faisait remarquer Trélat, dans la discussion au sujet de l'observation ci-dessus, il y a alors une vraie *lipomatose* du pied. Dans ce cas, en effet, on voit la graisse s'insinuer entre les éléments constitutifs du pied et les infiltrer en quelque sorte. Il est dit ailleurs (obs. XLVII) que la graisse était située non seulement dans la peau, mais aussi dans les muscles.

Muscles. — Dans la plupart des cas cités, les muscles sont augmentés de volume. L'accroissement de la force dans les membres hypertrophiés, signalé dans plusieurs observations, suffirait déjà à le prouver.

L'examen de la contraction musculaire chez le vivant, confirme cette première donnée. Ainsi, dans les hypertrophies du membre inférieur, lorsque le patient était vu debout, on a pu constater une saillie plus grande de la fesse du côté anormal. Dans l'observation XVII, il est dit que, dans les mouvements de flexion du pied, on voyait le triceps sural former au mollet une saillie considérable. Dans les hypertrophies du membre supérieur, la saillie de l'épaule, due à l'accroissement du deltoïde, a été souvent le phénomène le plus frappant.

De plus, l'autopsie relatée dans l'observation LXVIII, montre l'hypertrophie des muscles de la face. Enfin, quelques observations sont absolument probantes à ce point de vue. L'observation IX nous signale, du côté augmenté de volume, un relief plus considérable du sterno-mastoïdien et des muscles de la nuque. L'observation LXIII nous montre, dans un cas d'hypertrophie de la tête, la langue, organe presque exclusivement musculaire, prenant du côté anormal des dimensions colossales.

Os.— L'hypertrophie osseuse n'est pas plus douteuse que celle des muscles. C'est d'ailleurs à ces deux systèmes que revient la plus grande part dans le vice de conformation que nous étudions, sauf quand il siège aux segments.

L'hypertrophie des os se produit en longueur et en épaisseur. Elle est démontrée par l'attitude des malades, par les mensurations, enfin, par les nécropsies.

Dans beaucoup d'observations, en effet, on note, lorsque le malade est vu debout, que l'épine iliaque est plus élevée du côté de la malformation et que le genou est fléchi du même côté. Cette attitude prouve, dans le membre qui la prend, un allongement qui ne peut exister sans participation du squelette. D'ailleurs, les mensurations sont encore plus

probantes. Prises facilement entre des points de repère fixes, elles ont presque toujours montré des différences considérables, soit en longueur, soit en largeur, entre les segments osseux similaires de deux membres symétriques.

Enfin, dans toutes les nécropsies citées plus haut, sauf une, et dans tous les examens anatomiques pratiqués, on a constaté l'excès de dévelopoement du tissu osseux.

Mais on a constaté aussi, d'une manière générale, que ces os hypertrophiés conservent leur forme primitive. Ils sont augmentés de volume, mais pas déformés. On n'a jamais trouvé non plus d'altération de nutrition, ou, du moins, les observations sont muettes sur ce point. Deux seulement (1) disent que les phalanges enlevées étaient de consistance diminuée.

Dans quelques cas, l'allongement et l'épaississement des os ont paru ne pas exister, au moins en certains points. Dans notre observation, il est dit que le squelette était partout normal, sauf à la face. Quelques autres pourraient venir à l'appui de cette exception,

Vaisseaux. — L'étude des modifications de ce système a une grande importance étiologique.

Les artères et les veines ont paru hypertrophiées dans 6 des cas cités. Dans deux (2), cette augmentation de volume a été constatée, *de visu*, sur des parties enlevées et disséquées.

Mais, à propos de ces derniers cas, nous ferons remarquer que les artères du pied sain n'ayant pu être mises en comparaison avec celles du pied opéré, les résultats de l'observation sont entachés de doute. Dans les 4 autres cas, l'hypertrophie des artères a été constatée chez le vivant, soit au niveau de la radiale, soit surtout au niveau de la fémorale.

(1) Obs, XXXIII et LII *bis*.
(2) Obs. LII *bis* et LVI.

Ces constatations ont été faites par comparaison de la force du battement artériel dans les deux membres. Celui-ci a paru plus énergique du côté de la malformation. Ces conclusions ne sont pas très rigoureuses, car l'observation était nécessairement très superficielle.

Trélat et Monod, voulant avoir des renseignements plus précis, avaient comparé, chez leur sujet, les tracés sphygmographiques fournis par ses radiales: ils n'avaient trouvé aucune différence, et en avaient conclu que l'hypertrophie n'atteint pas les artères. Toutefois, nous croyons que les vaisseaux doivent participer à l'excès de développement, comme tous les tissus auxquels ils sont chargés d'apporter les éléments de leur nutrition.

Les modifications de la circulation capillaire sont plus fréquentes et plus nettes. Elles se manifestent surtout par ces taches vasculaires, ces nœvi dont la coexistence sur les membres avec l'hypertrophie n'est pas rare. Comme le vice de conformation, ces troubles de la circulation capillaire sont congénitaux. Ils existent presque exclusivement du côté hypertrophié.

L'observation XVIII, de John Adams, est remarquable à ce point de vue. Dans une seule observation, les nœvi sont signalés du côté sain (obs. XXI). Ces troubles de la circulation capillaire cutanée coïncident-ils avec des troubles semblables dans la circulation capillaire profonde, dans celle des os en particulier ? Rien ne le prouve, mais rien ne le contredit. L'accroissement de la température, souvent signalé du côté hypertrophié, semblerait même plaider en faveur d'une modification considérable de la circulation capillaire totale de ce côté.

Avec les nœvi, existent assez fréquemment des varices, presque toujours au membre inférieur. Ces dilatations veineuses, généralement peu considérables, et qui mériteraient

plutôt le nom de varicosités, sont signalées dans quatre des cas cités. Presque toujours elles s'accompagnent d'œdème et d'infiltration du membre atteint.

« Dans aucune observation, disent Trélat et Monod, on n'a remarqué ni trouble, ni changement, ni anomalie dans l'appareil de la circulation lymphatique. » L'observation avec autopsie de Pollosson contredit cette manière de voir. On y trouve, en effet, une altération profonde de tout le système lymphatique. Mais ce cas est un peu exceptionnel, et comme aucune autre observation ne signale des altérations semblables, nous tiendrons comme vraie, jusqu'à plus ample informé, l'opinion des auteurs que nous venons de citer.

f. *Système nerveux.* — Nous avons peu de choses à dire sur les modifications des centres nerveux et des nerfs dans l'hypertrophie; la rareté des autopsies, l'absence d'examens micrographiques rendent très difficile la solution de ce problème. Dans l'autopsie de Friedreich, l'encéphale ne présenta rien d'anormal; pas de différence entre les deux côtés. Quand l'examen, presque toujours superficiel, des parties enlevées par une opération a été fait, il n'a jamais montré de lésion des nerfs, ni hypernutrition, ni inflammation, ni dégénérescence.

Dans un cas (obs. X), il aurait semblé qu'il existait une hypertrophie d'une des moitiés du cerveau, mais l'observateur lui-même, M. Broca, pense qu'il s'agissait plutôt d'une atrophie du côté opposé; dans un autre cas (*On a case of the right cerebr. hemisph., etc., bey Tuke*, 1875), on aurait noté l'hypertrophie unilatérale du cerveau. Le malade était idiot et épileptique; il avait une atrophie de la moitié gauche du corps, et mourut de phtisie à 37 ans. Bien conformé à sa naissance, il avait subi un traumatisme à la tête. Tuke croit qu'il s'agit là d'une hémi-hypertrophie du cerveau consécu-

tive à un hydrocéphale, probablement d'origine traumatique. Le liquide résorbé ultérieurement aurait amené un excès de névroglie, puis des troubles trophiques et une atrophie de tout un côté du corps; mais cette interprétation est toute hypothétique.

En résumé, de l'étude anatomique que nous venons de faire, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

Tous les tissus subissent l'excès de développement qui constitue l'hypertrophie latérale. Presque toujours, les tissus musculaire et osseux sont les plus atteints; assez souvent, le tissu adipeux l'est aussi d'une manière considérable.

Mais les divers tissus sont hypertrophiés, ils ne sont pas altérés. Les fibres musculaires sont plus nombreuses ou plus épaisses, mais elles ont leur constitution normale. Les os sont augmentés de longueur et de volume, mais c'est par un processus en quelque sorte physiologique et non inflammatoire; les vaisseaux peuvent être dilatés, avoir leurs parois épaissies, mais ils ne présentent probablement aucune altération, bien qu'on ait cru, dans un seul cas, à une lésion de la tunique moyenne des artères. Enfin, l'appareil nerveux, dans son ensemble, jouit d'une intégrité parfaite.

Quant aux viscères, aucun trouble dans leurs fonctions n'ayant jamais été signalé, ils sont probablement toujours absolument normaux.

CHAPITRE V.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Notre premier soin, en commençant ce chapitre, doit être de dire qu'on ne sait presque rien de précis sur les véritables causes de l'hypertrophie latérale, encore moins sait-on comment elles agissent.

Nous les rangerons en deux classes: les causes pouvant agir d'une manière générale, telles que l'âge, le sexe, l'hérédité, les troubles de la grossesse chez la mère, etc., et les causes pouvant agir localement, comme les traumatismes, les paralysies, les troubles de la circulation capillaire, etc.

§ I. — 1° Causes prédisposantes ou générales.

a. *Age.*— «C'est toujours pendant l'adolescence ou la jeunesse, disent Trélat et Monod, que les sujets ont été observés... Ces données n'ont d'ailleurs qu'une faible importance. Comme les sujets atteints d'hypertrophie unilatérale sont bien constitués et vigoureux, en général, comme leurs fonctions semblent normales, l'âge où ils ont été observés indique seulement le moment où une maladie intercurrente a motivé l'examen médical; assez souvent, des constatations plus ou moins complètes ont été faites par les parents à une époque rapprochée de la naissance, mais ces renseignements font défaut dans plusieurs cas, et il est digne de remarque que jusqu'ici *aucune observation régulière n'ait été prise dans le premier âge.*» Aujourd'hui, nous possédons des observations

de sujets très jeunes; quelques-unes se résument en un simple énoncé, mais il en est deux, au moins, qui sont régulièrement et complètement prises. Le sujet de l'une (obs. I, inédite) n'était âgé que de 13 mois; le sujet de l'autre (obs. XLVII, Dubrueil), de 6 mois seulement.

Il est vrai qu'à côté de ces observations d'individus très jeunes, nous en trouvons une (obs. LXV) où le sujet, une femme, n'aurait présenté de déformation hypertrophique qu'après 25 ans, à la suite d'une hémiplégie.

Néanmoins, malgré cette exception, il est bien certain que l'état que nous décrivons appartient aux premiers âges de la vie; nous dirons même plus, il est très probablement *congénital.*

b. *Congénialité.*— En effet, dans un très grand nombre de cas, nous voyons les sujets ou leurs parents affirmer que la malformation a existé dès la naissance. Bien que cette notion soit fournie par des personnes peu compétentes, elle ne saurait être rejetée, vu le grand nombre d'affirmations et vu l'appui que lui donnent les deux observations citées plus haut, appartenant à des sujets excessivement jeunes. Mais si l'hypertrophie est congénitale, elle n'est pas toute entière constituée d'emblée; elle est au moins, dans certains cas, progressive : l'observation XVII en est une preuve. Chez la jeune fille qui en fait le sujet, on constata, dans l'espace de deux ans, un accroissement absolu et relatif, plus considérable du côté hypertrophié que du côté sain. «Si donc, disent Trélat et Monod, l'hypertrophie est à la fois congénitale et progressive, ainsi que cela est manifestement prouvé pour une observation, et très probable pour d'autres, il en faut conclure que ce qui est congénital, c'est un désordre avec lésion capable de produire l'hypertrophie simple des tissus, et que ce qui est acquis, consécutif, progressif, c'est

l'hypertrophie elle-même et certaines conséquences inconstantes comme les varices ou quelques hypercrinies assez rares. »

Mais quelle est la nature de ce désordre, et par quel mécanisme produit-il l'affection qui nous occupe? C'est ce que nous essaierons de voir en étudiant la pathogénie.

c. *Hérédité.* — Cette cause n'est signalée que dans un cas d'hypertrophie de la main gauche (observation XXIX). Plusieurs membres de la même famille auraient présenté une malformation semblable.

d. *Troubles de la grossesse.* — D'après les observations, ces troubles ont été peu fréquents et peu marqués. Dans un cas, la mère accuse une frayeur; dans un autre (observ. XXIII), elle met en avant une vive émotion due à la vue d'un objet désagréable. Il est à remarquer que cet objet était une main rendue grotesque par un accident, et que le sujet de l'observation naquit avec une hypertrophie du membre supérieur, marquée surtout à la main. Dans une troisième observation, un accident arrivé à la mère pendant sa grossesse est signalé. Elle eut le ventre fortement pressé par une charrette et éprouva, à la suite, de vives douleurs. Néanmoins, les suites de la grossesse furent normales, ainsi que l'accouchement.

Nous signalons ces diverses causes sans chercher à apprécier leur valeur.

c. *Sexe.*—Il résulte de nos statistiques que le vice de conformation que nous étudions est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. En effet, sur 69 cas, 17 ont été observés chez des individus du sexe masculin, et 13 sur des individus du sexe féminin. Le sexe n'est pas indiqué dans les 39 cas restants.

L'affection est aussi, nous l'avons vu, plus fréquente à droite qu'à gauche.

2° Causes pouvant agir localement.

a. *Accouchement pénible.* — Dans notre observation inédite, il est signalé que l'accouchement fut long (24 heures), laborieux, et se termina par une application de forceps.

b. Une *hémiplégie faciale* est signalée dans un cas comme ayant précédé l'hypertrophie de la face (obs. LXV).

c. *Traumatisme.* — Dans une observation, l'écrasement de la main est considéré comme la cause ayant pu amener l'hypertrophie des 2^{me} et 3^{me} doigts de cette main.

La part de ces divers événements dans la production de l'hypertrophie est douteuse, mais nous devions les signaler pour être complet.

d. *Nœvi.* — Dans notre description symptomatique et anatomo-pathologique, nous avons fait remarquer combien sont fréquentes au niveau des parties atteintes, les taches vasculaires. Ces dilatations capillaires siègent à peu près exclusivement du côté de la malformation. Réné Duzéa (Sur quelques troubles du développement du squelette dus à des angiomes superficiels, Lyon 1886) en fait la cause essentielle de l'hypertrophie.

Nous aurons l'occasion de discuter longuement, plus loin, cette opinion.

§ II. — Rien dans ce que nous venons de dire des causes possibles de l'hypertrophie latérale n'est propre à nous faire connaître la nature intime de cet étrange état pathologique.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour l'expliquer, mais

aucune n'est satisfaisante. Nous allons les passer successivement en revue, puis nous discuterons leur valeur.

Bull, au sujet de l'observation XX, ne trouvant ni tumeur, ni affection des artères et des veines, pense à une dilatation des vaisseaux lymphatiques.

Barwell (observation LXIII) pense que la déformation est due à des lésions du sympathique ou à un développement imparfait des tuniques moyennes des artères. L'hémorrhagie secondaire qui emporta son malade viendrait à l'appui de cette dernière vue.

Pollosson, au sujet de son observation intitulée « hémi-éléphantiasis congénital », fait les réflexions suivantes :

L'altération porte évidemment sur le système lymphatique de la peau. Pour l'expliquer, on peut faire deux hypothèses: ou bien il y a altération du système nerveux trophique, ou bien il y a altération congénitale primitive du système lymphatique. Cette dernière opinion serait plus probable, à cause des phénomènes constatés : œdème lymphatique, hypertrophie des ganglions, hydrocèle (on sait que Lancereaux a démontré la coexistence fréquente de l'éléphantiasis et de l'hydrocèle). La coïncidence de tumeurs malignes et de l'éléphantiasis est au moins bizarre, et il faut y voir un rapport de cause à effet, dont l'explication est à trouver.

Trélat et Monod voient dans cette question de pathogénie trois problèmes à résoudre:

Pourquoi hypertrophie; pourquoi unilatéralité ; enfin, pourquoi progression ? Sur le premier point, ils ont soin de dire qu'on ne sait rien. Tout au plus, peut-on penser que c'est le feuillet moyen du blastoderme qui est le premier théâtre de l'altération. Mais la question n'est ainsi que reculée et non résolue. « Et même, ajoutent-ils, cette détermination n'est pas complètement satisfaisante, puisque cette division des feuillets embryonnaires s'applique surtout au développe-

ment du tronc, tandis que l'hypertrophie latérale porte principalement sur la tête ou les membres, et n'est que très rarement ou très faiblement reconnaissable à la poitrine et au ventre (1).»

Au sujet de l'unilatéralité, ils critiquent, avec raison, la théorie de Pigné, fondée sur la fusion de deux jumeaux, dont l'un serait plus développé que l'autre ; celle de Serres, sur la formation du corps en général et des organes en particulier par deux moitiés latérales. Ils font observer, en effet, que des parties hypertrophiées, comme la tête, comme les membres, sont formées à l'origine par un bourgeon unique.

Pourtant, le système nerveux affecte dans sa formation et sa distribution une disposition bilatérale; or, ce système tient sous sa dépendance les phénomènes de nutrition. « Malheureusement, disent-ils, la seule autopsie que nous possédions nous donne, sous ce rapport, des résultats absolument négatifs, et, d'autre part, les explorations physiologiques faites sur différents sujets ne révèlent aucune différence valable entre les deux moitiés du système nerveux (2).»

Les auteurs que nous citons sont moins embarrassés au point de vue de la progression. Ils en trouvent la cause dans la stase sanguine, qu'ils supposent exister du côté hypertrophié. Leur raisonnement est le suivant : Au voisinage des angiomes étendus, on trouve souvent, ainsi que l'a montré Chassaignac, une hypertrophie de tous les tissus. Or, ces angiomes, par suite de la communication artério-veineuse qu'ils établissent, gênent considérablement le retour du sang des capillaires au cœur, et par suite entraînent une stagnation du liquide nourricier dans les tissus. De là, probablement hypernutrition et augmentation de volume. Mais, si la stase

(1) Trélat et Monod (*loc. cit.*, p. 554).
(2) id. p. 555.

sanguine entraîne l'hypertrophie dans ces cas, c'est elle vraisemblablement qui doit être la cause du genre d'hypertrophie qu'ils étudient. Seulement, ici, la paresse circulatoire n'est pas due à une gêne mécanique comme dans les cas d'angiomes, mais à une cause physiologique : cette cause est probablement une paralysie des vaso-moteurs. Cette paralysie, elle-même, est sous la dépendance d'une lésion primitive occupant une moitié ou une partie d'une moitié du système nerveux vaso-moteur. Et ainsi, de déduction en déduction, les auteurs en question, après avoir expliqué la progression de l'hypertrophie, en arrivent à résoudre les deux premiers problèmes qu'ils s'étaient posés : le pourquoi de l'hypertrophie et le pourquoi de l'unilatéralité. « Cette paralysie vaso-motrice incomplète, étendue à une moitié ou à une partie d'une moitié du système nerveux vaso-moteur, déterminerait la série des phénomènes qui caractérisent l'hypertrophie, qui la produisent et la continuent. » (Trélat et Monod, *loc. cit.*, p. 557.) Le Dr Duzea (*loc. cit.*) pose, au sujet de la question qui nous occupe, les conclusions suivantes :

1° Certains nœvi vasculaires superficiels et étendus des membres paraissent s'accompagner de réactions hypertrophiques et d'augmentations de longueur des os relativement considérables.

2° La raison principale et générale de ces réactions hypertrophiques osseuses paraît résider dans la suractivité du cartilage de conjugaison, de la fonction ostéogénique du périoste pendant toute la période de croissance du squelette ; ces phénomènes seraient dus à l'influence de l'hypercirculation entraînée par le nœvus au niveau des zones osseuses juxta-épiphysaires et périostiques voisines.

3° Malgré l'absence de preuves anatomo-pathologiques, il paraît peu probable que ces hypertrophies et allongements osseux soient la conséquence de nœvi intra-osseux, comme

cela s'observe dans les angiomes caverneux des os. Il ne serait pas impossible, pourtant, qu'ils fussent, dans certains cas, sous la dépendance de troubles circulatoires généraux d'un membre, dont le nœvus ne serait qu'une manifestation extérieure.

En examinant de près les opinions que nous venons d'énoncer, on voit qu'on peut les rattacher à trois théories: une *lymphatique*, une *vasculaire* et une *nerveuse*.

La *première* a pour défenseurs Bull et Pollosson. Ils ne s'appuient chacun que sur un fait, et encore l'observation du premier est-elle très succincte. Bull pense à la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Mais d'abord cette dilatation n'est nullement prouvée, et elle n'a été constatée dans aucun autre cas. Ensuite, on ne voit pas comment elle pourrait entraîner l'excès de développement des os, des membres, en un mot, de tous les tissus.

Pollosson estime qu'il y a altération congénitale du système lymphatique. Certainement, cette altération existait chez son sujet. L'œdème lymphatique, l'hydrocèle, les lymphadénomes le prouvent suffisamment. Mais, comme nous l'avons dit plus haut, ce cas s'éloigne singulièrement des cas-types d'hypertrophie, et on ne saurait tirer des particularités qu'il présente des conclusions générales applicables à tous les cas.

A la *théorie vasculaire* se rattachent les opinions de Barwell, de Trélat et Monod et de Duzea.

L'arrêt de développement de la tunique moyenne des artères mis en avant par Barwell, pour expliquer l'hypertrophie, est absolument hypothétique. C'est sur la production d'une hémorrhagie secondaire que l'observateur le suppose. Aucune autopsie et aucun autre fait ne sont venus à l'appui de cette manière de voir. Au contraire, les artères ont été trouvées normales dans un cas où fut pratiquée l'ablation de l'avant-pied (obs. XLVII). Cette opinion doit donc être

rejetée. La lésion artérielle supposée par Barwell n'agirait d'ailleurs qu'en provoquant la stase sanguine, et son opinion doit être alors mise à côté de celle soutenue par Trélat et Monod.

La théorie de la stase sanguine, produisant l'hypertrophie, ne choque ni le bon sens, ni les données physiologiques. Ses auteurs l'appuient même sur des expériences de Cl. Bernard et de Schiff. Ceux-ci, par la section des nerfs vaso-moteurs (qui trouble ou anéantit la contractilité des capillaires), auraient déterminé la « rougeur congestive des tissus, l'élévation de la température et consécutivement une hypertrophie correspondant à l'étendue des vaisseaux paralysés (1).»

Cependant, on peut lui faire quelques objections. D'abord, on peut opposer aux expériences sur lesquelles s'appuient Trélat et Monod, celles faites par le professeur Ollier pour s'assurer de l'action trophique du sympathique sur le squelette. «L'insuccès des sections du grand sympathique, dit le professeur de Lyon (qui paralysent pourtant les vaso-moteurs), nous a paru intéressant à enregistrer, car, d'après la théorie de M. Schiff, on serait autorisé à admettre une action propre des filets du grand sympathique sur la nutrition du squelette. Or, nous le répétons, après six mois, la dilatation de la pupille persistant, nous avons trouvé les deux moitiés symétriques du crâne identiques (2).»

De plus, on peut se demander pourquoi, si la stase sanguine est seule cause de l'hypertrophie, on voit certains tissus, comme le tissu fibreux qui forme les ligaments, prendre, quoique essentiellement peu vasculaire, un développement parfois très considérable.

Enfin, si cette théorie explique un grand nombre de faits, comme par exemple la coïncidence fréquente des nœvi et de

(1) Trélat et Monod (*loc. cit.*, p. 557).
(2) Réné Duzéa (*loc. cit.*, p. 51).

l'hypertrophie, elle laisse encore beaucoup de questions à résoudre. Ainsi, si la stase sanguine est due à une lésion primitive incomplète du système nerveux vaso-moteur, quelle est la nature et la cause de cette lésion ; quelle est aussi la cause de sa localisation en un point donné de ce système ?

Réné Duzea attribue aux nœvi la cause de l'hypertrophie. Cet auteur n'a en vue que l'hypertrophie osseuse. Il appuie sa thèse sur des faits cliniques très remarquables et que nous ne contestons pas. Ils sont tirés de la pratique des professeurs Ollier et Poncet. Ceux-ci, dans plusieurs cas, voulant, chez des adolescents, parer au raccourcissement d'un membre, appliquaient sur les téguments, au niveau du cartilage de conjugaison de l'os à allonger, un cautère ou un vésicatoire destiné à accroître l'activité des éléments formateurs de l'os, et souvent leur méthode était couronnée de succès.

Or, Duzea compare les nœvi qu'il a observés à « un cautère, un immense vésicatoire ou un foyer d'irritation créé par le chirurgien pour augmenter l'activité fonctionnelle du cartilage juxta-épiphysaire et produire, comme résultat final, une augmentation de l'os intéressé. » Mais nous ne croyons pas que les faits qu'il cite et ceux que nous venons de rapporter puissent être assimilés. Un grand nombre des observations de son travail, les deux premières en particulier, qui sont les plus importantes pour sa théorie, nous paraissent ressembler singulièrement à certaines citées au commencement de notre thèse et empruntées au Mémoire de Trélat et Monod ; dans les unes et les autres, on trouve un accroissement de longueur et de volume du membre, un excès de développement de tous les tissus, de l'hyperthermie et des nœvi. Or, Duzea ne songe pas à attribuer à ces derniers l'hypertrophie constatée dans les observations de John Adams et de Chassaignac, par exemple, qu'il cite pour dire que ces cas sont différents des siens.

D'ailleurs, le titre lui-même du travail de Duzea, les conclusions qui le terminent, montrent que l'auteur n'avait en vue que l'hypertrophie osseuse. Or, dans presque tous ses faits, l'excès de développement atteint tous les tissus, aussi bien les parties molles que les os. Il dit encore que « l'influence du nœvus, suffisante pour influencer le système osseux dans sa zone d'accroissement, est impuissante à modifier sensiblement les autres parties constituantes du membre.» Pourquoi alors, dans ses observations comme dans les nôtres, l'hypertrophie des parties molles est-elle si marquée ?

En outre, si les nœvi sont la cause de l'hypertrophie, comment expliquer les cas fréquents où il y a hypertrophie sans angiome ? comment expliquer aussi ceux où des angiomes, même assez étendus, ne s'accompagnent pas d'excès de développement ?

De plus, peut-on comparer un nœvus, souvent très superficiel et très peu étendu, à un foyer d'irritation tel qu'un cautère ou un vésicatoire ?

La *théorie nerveuse* compte peu d'opinions. Pollosson, pour son sujet, pensa un moment à une altération primitive du système nerveux trophique. Barwell à une lésion du sympathique. Mais tous deux abandonnèrent bientôt cette opinion, pour adopter, l'un la théorie lymphatique, l'autre la théorie vasculaire.

L'opinion de Trélat et Monod se rattache partiellement à cette théorie. Pour eux, en effet, il y a primitivement une paralysie d'une partie du système nerveux vaso-moteur.

Nous avons vu que cette théorie, assez plausible, présente pourtant quelques points obscurs. Toutefois, le système nerveux semble devoir être incriminé dans l'hémi-hypertrophie. Qu'il exerce directement une action trophique, qu'il agisse par l'intermédiaire des vaisseaux ou qu'il exerce son influence par une altération simultanée des nerfs

trophiques et des vaso-moteurs, son action nous rend compte du développement excessif des membres et des extrémités, et de certaines agglomérations graisseuses ou vasculaires.

Il est difficile, toutefois, de poursuivre une analyse physiologique et de localiser le trouble nutritif dans les centres nerveux. Cette question pathogénique restera longtemps en suspens.

CHAPITRE VI.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'hypertrophie latérale du corps est facile.

Les affections avec lesquelles on pourrait la confondre, sont: l'éléphantiasis des Arabes, l'œdème chronique, les hypertrophies locales, suite de varices ou d'ulcères, l'atrophie d'un côté du corps.

a. *Éléphantiasis.*— Tandis que l'affection qui nous occupe est le plus souvent congénitale, l'*éléphantiasis* est surtout une maladie de l'âge adulte. Ce dernier, en outre, présente un début qui n'existe pas dans l'hypertrophie. Quand il est constitué, il est sujet à des poussées d'érysipèle, d'angioleucite, à des ulcères et à d'autres complications qu'on ne retrouve pas dans l'hypertrophie simple.

D'ailleurs, dans l'éléphantiasis, la peau est souvent verruqueuse, les papilles sont hypertrophiées, l'épiderme est fendillé et se desquame. Rien de cela n'existe dans l'hypertrophie. Dans celle-ci, tous les tissus sont primitivement pris ; les os sont, en général, régulièrement conformés. Dans l'éléphantiasis, au contraire, la peau et le tissu cellulaire seuls, avec le système lymphatique, sont intéressés au début. Quand les tissus profonds, quand les os se prennent, c'est par un processus inflammatoire, se manifestant par des stalactites qui rendent les os irréguliers, et soudent souvent ensemble les deux parties du squelette d'un segment de membre.

b. *Œdème.*— Il est d'autant plus nécessaire de savoir bien distinguer l'hypertrophie de l'*œdème*, que souvent cette dernière affection complique la première, et qu'il faut reconnaître la part qui revient à chacune d'elles dans un cas donné. Généralement, ce diagnostic est aisé. L'œdème disparaît par le repos prolongé ; il n'en est pas ainsi de l'hypertrophie. Dans cette dernière affection, les os sont souvent augmentés de longueur et de largeur; il n'en est rien dans la première. L'œdème est souvent bi-latéral; l'hypertrophie n'existe, presque toujours, que d'un seul côté. Celle-ci est souvent primitive et congénitale ; celui-là toujours consécutif.

c. *Hypertrophie par varices et ulcères.*— Il est certains cas de *varices et d'ulcères variqueux*, où l'on voit tous les tissus d'un segment de membre s'hypertrophier. Il faut bien distinguer ces cas de l'hypertrophie vraie. Celle-ci existe sans aucune inflammation antérieure ou concomitante. Celle due aux varices ou ulcères a été précédée d'un état inflammatoire. La peau et le tissu cellulaire, simplement épaissis dans l'hypertrophie simple, sont sclérosés et lardacés dans l'autre cas. Les os, simplement augmentés de volume dans l'affection que nous étudions, ont subi, dans le cas de varices et d'ulcères, les phénomènes de l'ostéite raréfiante, puis de l'ostéite condensante. Dans ce dernier cas, l'augmentation de volume ne se montre qu'au niveau des points où existe l'altération des vaisseaux et de la peau, et les commémoratifs signalent, en ces points, des altérations de nutrition antérieures ; l'hypertrophie vraie siège souvent en plusieurs endroits éloignés, et s'il y a quelque part des altérations de nutrition, elles ne sont que secondaires. Enfin, tandis que les varices, les ulcères et leurs conséquences sont une affection de l'âge adulte, et même plutôt de la vieillesse, l'hypertrophie simple est congénitale ou appartient à la jeunesse.

d. *Atrophie d'un côté du corps.* — Étant donné une inégalité des deux moitiés du corps ou de deux parties symétriques, y a-t-il *hypertrophie* d'un côté ou *atrophie* de l'autre? Ce diagnostic peut être parfois difficile, mais nous ferons remarquer tout d'abord, avec Trélat et Monod, que l'atrophie *essentielle* est plus rare; ordinairement, quand elle n'est pas congénitale, elle remonte à un événement qu'on se rappelle, et dont l'existence dans le passé éclaire vivement le diagnostic. Il s'agit tantôt d'une myélite, tantôt d'un traumatisme céphalique ayant eu pour conséquence l'atrophie d'une moitié ou d'une partie du corps; quand elle est congénitale, ou bien elle est telle, qu'il ne saurait y avoir de doute, ou bien elle s'accompagne de lésions des centres nerveux, comme dans l'observation de Broca, ou de troubles fonctionnels qui n'existent presque jamais dans l'hypertrophie latérale partielle ou totale.

En résumé, les principaux points qui mettront sur la voie du diagnostic de l'affection qui nous occupe seront : la congénialité, la participation de tous les tissus, l'absence de toute altération de nutrition, la non existence habituelle de troubles fonctionnels.

Toutefois, dans certains cas, l'hypertrophie est peu marquée et peut échapper à un examen superficiel. Dans le jeune âge surtout, c'est aux extrémités, main, pied, qu'elle est le plus saisissable. L'augmentation de volume d'une de ces parties devra donc attirer l'attention et porter à mesurer, comparativement, les deux côtés du corps; souvent une hypertrophie, restée inconnue jusqu'alors, se révèlera de cette façon avec ses caractères essentiels.

CHAPITRE VII.

PRONOSTIC.

Le pronostic des hypertrophies latérales du corps est généralement bénin. On ne voit guère les malades demander les conseils du médecin pour cette malformation; c'est le plus souvent à l'occasion d'une maladie intercurrente qu'elle est remarquée. Pourtant, dans notre observation inédite, dans celle de Dubrueil et dans une de Vittelshöfer, c'est uniquement au sujet de l'hypertrophie que le chirurgien fut appelé.

Nous ne croyons pas que les grandes fonctions de l'économie soient menacées par le vice de conformation. D'une manière générale, la santé reste parfaite. Du côté des viscères, on n'a jamais rien remarqué, au dire de nos observations; dans les hypertrophies de la tête, on pouvait craindre pour l'intégrité du fonctionnement de l'encéphale. Or, si dans un cas on nous signale un amoindrissement de l'intelligence, et dans un second la dureté de l'ouïe des deux côtés, en revanche d'autres observations nous disent que l'intelligence parut plus développée chez un sujet, et que chez un deuxième la vue et l'ouïe étaient meilleures du côté mal conformé.

L'hypertrophie ne menace donc pas la vie, n'intéresse pas les grandes fonctions des viscères, mais elle compromet la forme dans tous les cas, et certaines fonctions accessoires dans quelques-uns.

Ces derniers cas sont surtout ceux où la malformation

existe aux membres. Tantôt la marche est gênée soit parce que le membre est allongé, soit parce que le pied est mal conformé. Et, dans ce dernier cas, la gêne doit être plus considérable lorsque l'hypertrophie occupe la région externe, comme nous le voyons dans deux observations, que lorsqu'elle siège à la partie interne, ce qui est beaucoup plus fréquent. Les cas les plus défavorables pour la marche nous paraissent devoir être ceux où les ligaments présentent une énorme laxité (obs. de Gayet) et où le pied est excessivement mobile sur la jambe. Dans un de ces cas, le patient en était arrivé à marcher sur l'extrémité inférieure de son tibia.

D'autres fois, la préhension et le toucher seront considérablement gênés, surtout dans les cas de ces mains informes et monstrueuses envahies par la graisse, où l'on ne retrouve qu'avec peine le type primitif.

La considération suivante rend le pronostic moins grave. S'il est probable que cette affection est due à un vice du système nerveux, ce vice ne paraît pas se transmettre, comme beaucoup d'autres, par l'hérédité. Celle-ci, en effet, n'est signalée, sommairement, que dans un cas.

Au contraire, cette autre considération tendrait à assombrir le pronostic. Gayet cite deux cas où il y a eu sarcome osseux dans le voisinage des parties hypertrophiées. Le nombre des remarques dans ce sens est trop restreint pour qu'on puisse voir encore là autre chose qu'une coïncidence. Mais si, de nouvelles observations s'ajoutant aux précédentes, il semblait y avoir un rapport fréquent entre ces deux faits, sarcome et hypertrophie, on comprend aisément que le pronostic serait considérablement aggravé.

Enfin, le pronostic variera aussi suivant la possibilité et la facilité d'une intervention opératoire.

CHAPITRE VIII.

TRAITEMENT.

Cinq seulement des observations citées (obs. XXXIII, XLVII, LII *bis*, LVI, LXIII) signalent une intervention chirurgicale. Dans le premier cas, on fit une désarticulation de deux doigts hypertrophiés ; dans le deuxième, une désarticulation de Lisfranc ; dans le troisième on pratiqua la désarticulation tarso-métatarsienne avec l'ablation des deux cunéiformes internes et d'une tumeur graisseuse; dans le quatrième, une désarticulation de trois orteils hypertrophiés, avec amputation d'une partie du 4^{me} métatarsien.

Dans le dernier (obs. LXIII), pour préparer des opérations ultérieures, on fit la ligature de la carotide primitive. Le malade mourut.

Dans un autre cas, au dire de Wittelshöfer, Holmes réfréna et arrêta une hypertrophie d'un membre par l'emploi de la compression élastique. Dubrueil, avant d'en venir à l'opération, avait employé ce moyen chez son sujet, mais sans aucun résultat.

En somme, jusqu'ici le chirurgien est rarement intervenu. Ce que nous avons dit du pronostic, de l'intégrité de la santé générale et souvent de toutes ses fonctions, explique suffisamment cette abstention.

Pourtant, n'y a-t-il rien à faire ? Dans la première des observations que nous citions tout à l'heure, le sujet, très gêné par sa main, réclamait impérieusement une opération.

Celle-ci ne lui donna probablement pas un membre plus utile, mais le fit certainement moins gênant. Nous voyons, dans la deuxième, que la marche était pénible et qu'une chaussure spéciale était nécessaire. On n'ajoute pas si la marche fut améliorée par l'opération, mais c'est probable. Dans le troisième cas, la patiente, qui heurtait à chaque instant le sol de son avant-pied énorme, dut marcher plus aisément lorsqu'elle eut été débarrassée des parties hypertrophiées. Dans le quatrième, le malade, très gêné pour marcher avant l'opération, marchait après, très convenablement, avec une semelle plus épaisse du côté opéré.

L'intervention est donc souvent utile, et il ne faut pas la rejeter de parti pris. On peut poser, comme règle générale, qu'il faut opérer toutes les fois qu'on le peut sans danger, et qu'une question de fonction ou même d'esthétique le demande. Si cela veut dire qu'il ne faut pas craindre d'opérer, cela veut dire aussi qu'il faut s'abstenir toutes les fois que l'intervention pourrait être dangereuse. Ainsi, il nous paraît excessif de faire la ligature de la carotide primitive, opération très dangereuse, pour arriver à corriger plus tard une simple malformation de la face. Le sujet de l'observ. LXIII, qui ne présentait que ce simple vice de conformation, sans aucun trouble fonctionnel, mourut de son opération.

Comment le chirurgien doit-il intervenir? Pour répondre à cette question, il faudrait prévoir tous les cas qui peuvent se présenter, car les nécessités opératoires peuvent être différentes pour chacun. Tantôt une désarticulation sera l'opération de choix, tantôt une amputation dans la continuité sera plus utile, d'autres fois il faudra joindre les deux procédés. Dans un cas d'hypertrophie énorme d'une des branches du maxillaire inférieur avec gêne des mouvements de la mâchoire, le chirurgien songea à réséquer une partie de cet os et à établir une pseudarthrose.

Voici d'ailleurs, au sujet de la nécessité et du mode de l'intervention, les réflexions très justes par lesquelles Wittelshöfer termine son mémoire: « Busch a déclaré qu'il vaut mieux garder une grande réserve opératoire que trop intervenir dans le cas d'hypertrophie. Mais pourtant le défaut d'opérations peut être nuisible. En effet, si, chez un sujet jeune, on laisse l'hypernutrition suivre son cours, la graisse s'accroît, et les résultats de l'opération laissent plus tard à désirer. Il faut donc, si c'est possible, faire un pied bon pour la marche, et rendre une main utile et moins informe. Pour cela, il faut retrancher les parties monstrueuses, mais garder ce qui est utile.» Souvent, dans les cas où l'on aura à intervenir, on se trouvera en présence de parties envahies par la graisse, ou même de véritables lipomes. L'obs. XLVII nous apprend que le chirurgien, craignant un sphacèle du lambeau (accident qui serait arrivé à Billroth dans un cas semblable), ne dépouilla pas totalement ce lambeau de son revêtement adipeux hypertrophique. Polaillon, au contraire, dans la discussion au sujet de l'observation de Duplouy (obs. LII *bis*), affirme qu'il faut soigneusement tout enlever, si l'on veut éviter la récidive. Nous ne nous prononcerons pas entre ces deux opinions. Nous croyons toutefois qu'il faut faire une ablation aussi complète que possible de la graisse, lorsque celle-ci forme des amas encapsulés ou non. Mais la résection pourra être moins rigoureuse dans les autres cas.

En résumé, au point de vue de la thérapeutique, nous pouvons distinguer deux cas :

1° Ou bien il n'y a pas de gêne du tout ou une gêne peu considérable. Dans ce cas, il ne faut jamais opérer. Mais on peut, s'il s'agit des membres, essayer, comme Holmes, de la compression à l'aide d'une bande élastique. La même conduite sera de règle toujours dans les hypertrophies de la tête, et le plus souvent dans les hémi-hypertrophies totales.

Dans ces cas, en effet, une intervention chirurgicale est peu de mise.

2° Ou bien il y a une gêne marquée et des troubles fonctionnels. Si la gêne et les troubles tiennent à l'exagération de développement de segments extrêmes, doigts, orteils, l'ablation doit être conseillée; elle devient alors une opération orthopédique. Mais il faut s'abstenir si l'hypertrophie siège à la tête ou sur tout un membre.

CHAPITRE IX.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

1° L'hypertrophie latérale du corps, partielle ou totale, est un vice de conformation probablement congénital.

Il atteint plus fréquemment le sexe masculin et le côté droit.

2° Habituellement limitée à un côté du corps, côté qu'elle peut occuper en totalité ou en partie, l'hypertrophie peut aussi se localiser sur les deux côtés, le plus souvent alors à des segments extrêmes de membres opposés.

3° Dans les parties atteintes, tous les tissus sont pris; quelques-uns peuvent l'être d'une manière spéciale. Ex.: les tissus osseux, musculaire et graisseux. Toutes les dimensions sont le plus souvent accrues.

4° Il résulte de là que la forme générale des parties, tout en étant conservée, est profondément modifiée. Mais on n'a jamais constaté d'altérations de la santé générale, ni des grandes fonctions. Rarement même, la gêne fonctionnelle est considérable.

5° Assez souvent coexistent avec l'hypertrophie, sur le membre inférieur en particulier, des troubles de la circulation capillaire cutanée, des nœvi. Ils ne sont pas la cause de l'excès de développement, mais contemporains de celui-ci. Ils s'accompagnent fréquemment d'hyperthermie.

6° Les causes et la nature intime de l'état que nous décrivons sont peu connues. C'est probablement le système ner-

veux, dans ses attributions trophiques et vaso-motrices qu'il faut incriminer.

7° Le diagnostic est facile ; le pronostic bénin. La thérapeutique, essentiellement chirurgicale, doit se réserver pour certains cas d'hypertrophie segmentaire. L'abstention est la règle dans les autres.

FIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 8 mars 1888.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 mars 1888.
Le Doyen,
CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Adams (John). — Singular case of hypertrophy of the right lower extremity, with superficial cutaneous nœvus of the some side (*The Lancet, august* 1858, p. 140.

Albert. — *Medical Presse* 1872, N° 1.

Allingham. — *Soc. med. de Londres*, nov. 1886 *et Sem. med.* 1886, p. 501.

Archives gén. de méd. 1857, 2e série, XIII, p. 99; 1864, 6e série, t. III, p. 477; 1869, 6e série, t. XIII, p. 536 et p. 676.

Barwell. — Hypertrophy of the Lower parts of the face. *Transactions of the clinical Society, vol.* 8, London 1875.

Barwell. — Case of unilateral hypertrophy of the head and face, uvoging the bones and saft parts. *Transactions of the pathologie, soc. of London, vol.* 32, *London* 1881.

Beck. — *Medicinische Annalen von Puchelt, Chelins und Nœgelé* 1836, t. II, N° 1.

Boehm. — *Inaug. Dissert. Giessen* 1856.

Broca. — Inégalité congéniale des deux parties du corps. Singulières conséquences physiologiques. *Journ. Physiol., Brown-Sequard*, t. II, 1859, p. 70.

Bull. — *Soc. med. Londres*, 20 décembre 1886.

Busch. — Beitrage Zür Kentniss der angeborenen hypertrophie der extremitaeten. *Langenbeck's Archiv.* 1866, t. VII, p. 174.

Burow. — *Deutsche Klinik.* 1865.

Chassaignac. — *Bull. soc. chir.*, t. VIII, p. 452 et t. X, p. 52 et 103.

Curling. — Case of remarkabl hypertrophy of the fingers in a girl. *Med. and chir. Transact.*, vol. XXVIII, 1845.

Devousges. — Prédominance de développement du côté droit sur le côté gauche; développement hypertrophique des trois premiers doigts de la main et du pied droit. *Bull. soc. anat.* 1856, 2e série, t. I.

Dubrueil. — Hypertrophie du pied droit. *Gaz. Hebd. des sc. méd. de Montp.* 1882, p. 593 et 1886, p. 194.

Duplouy (de Rochefort). — Hypertrophie congénitale du pied à forme lipomateuse. *Bull. soc. chir.*, 1886, p. 343.

Duzea. — Sur quelques troubles de développement du squelette dus à des angiomes superficiels. *Thèse de Lyon* 1886.

Ewald. — *Virchow's Archiv.*, LVI.

Fiedler. — *Arch. de Heilck.*, VII.

Finlayson. — On the case of achild affected with congenital unilateral hypertrophy and potches of cutaneons congestion. *Glascow's med. journ.* 1884, t. XXII, p. 334.

Forster. — Die Missbildungen der Menschen. *Iéna* 1860.

Foucher. — Hypertrophie congénitale du membre thoracique gauche et peut-être du membre abdominal du même côté; développement anormal de l'index et du médius de la main gauche. *Bull. soc. anat.* 1850, p. 108.

Friedberg. — Développement gigantesque congénital et progressif du membre inférieur droit. Inclinaison consécutive du bassin et scoliose de la colonne vertébrale. Eléphantiasis des arabes congénital du bras gauche. Lipomes dans le dos. Dilatations veineuses cutanées; pemphigus chronique, etc. *Virchow's Archiv.* 1867, t. XL. p. 353.

Friedreich. — Hypertrophie congénitale et unilatérale de la tête; autopsie. *Archiv. für pathol. anat.*, t. XXVIII, p. 474, 1863.

Gayet. — *Soc. chir.* 1865 (mémoire égaré).

Geoffroy Saint-Hilaire (Is). — Histoire générale et partic. des anomalies de l'organisme chez l'homme, t. I, p. 261.

Gruber (W). — *Virchow's Archiv.*, LVI.

Guersant. — *Gaz. Hôp.* 1857.

Hahn (de Stuttgart). — Naturforscherversammlung 1834 (Revue des curieux de la nature).

Hankel. — Ein Fall von einseitiger Gesichthypertrophie. *Berl. Kl. Woch*, septembre 1884, p. 560 et *Rev. Hayem* 1886, 15 juillet, p. 127.

Heath. — Unilateral hypertrophy of the rames of the mandible. *The Lancet* 1883, vol. I, p. 409.

Ideler. — *Inaug. Dissert.*, *Berlin* 1855.

Jackson. — *Catalog. anatomic. museum der Harvard university*, Boston 1870.

Klein. — *Græfe und Walther's Journ. bBd.*

Lauglet. — Hypertrophie congénit. de la moitié droite du corps. *Union méd. et sc. du Nord-Est, Reims*, septembre 1882.

Musée d'anatomie pathologique de Vienne (Catalogne du) 1820.

Ollier. — Inégalité congénitale des deux moitiés du corps, hypertrophie considérable du côté droit. *Gaz. méd. de Lyon* 1862, juillet, p. 309.

Osler (William). — Case of congenital and progressive hypertrophy of the right opper extremity. *Journ. of anat. and physiol.*, vol. XIV, London 1879.

Passauer — Angeborene hyperplasie der linken gesichtsholfte. *Virchow's Archiv.* 1866, t. XXVII, p. 410.

Pollosson. — Anomalies de développement et tumeurs. *Lyon méd.* 1884, t. XLVI, p. 588, et t. XLVII, p. 14.

Reid (John). — *Physiol. anat. and pathol. Researches*, Edimbourg 1848, p. 401.

Revue des sc. méd. de **Hayem** 1882, t. XX, p. 678.

Rosenfeld. — *Aertzl. Mittheilungen ans Baden* 1858.

Trélat et Monod. — Hypertrophie unilatérale du corps, partielle ou totale. *Arch. gén. de méd.* 1869, 6e série, t. XIII, p. 536 et 676.

Tuke (Batty). — On a case of the right cerebral hemisphère mitt coexistent atrophie of the left side of the body. *Journ. of anat. and physiol.*, N° XII *et Rev. Hayem* 1875, t. V, p. 118.

Virchow's Archiv. 1866, vol. XXXVII, p. 410 et 1867, vol. XL, p. 553.

Wagner (Franz). — *Oesterr. med. Jahrb.* 1839, t. XIX.

West. — *London med. and chir. Journ.* 1834.

Wittelshöfer. — Ueber angeborenen Riesenwuchs der oberen und unteren Extremitäten. *Archiv. für clin. chir.*, *Bd.* 21, Berlin 1879.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIÈRES

Pages.

Introduction et Plan 7

Chapitre I. — Historique 9

Chapitre II. — Observations 12

Classification 12

A. Hémihypertrophie totale 13

B. Hypertrophie des extrémités opposées 28

C. Hypertrophie d'une extrémité seule. 29

D. Hypertrophie d'un segment 37

E. Hypertrophie de la tête seule 50

Chapitre III. — Description 58

A. Généralités 58

B. Symptômes 62

1° Symptômes physiques 62

2° Symptômes fonctionnels 69

Chapitre IV. — Anatomie pathologique 73

Chapitre V. — Etiologie et pathogénie 83

Chapitre VI. — Diagnostic 95

Chapitre VII. — Pronostic 98

Chapitre VIII. — Traitement 100

Chapitre IX. — Conclusions 104

Index bibliographique 107

Fig. 1.

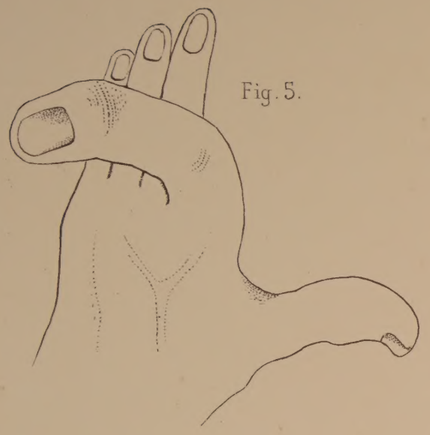

Fig. 5.

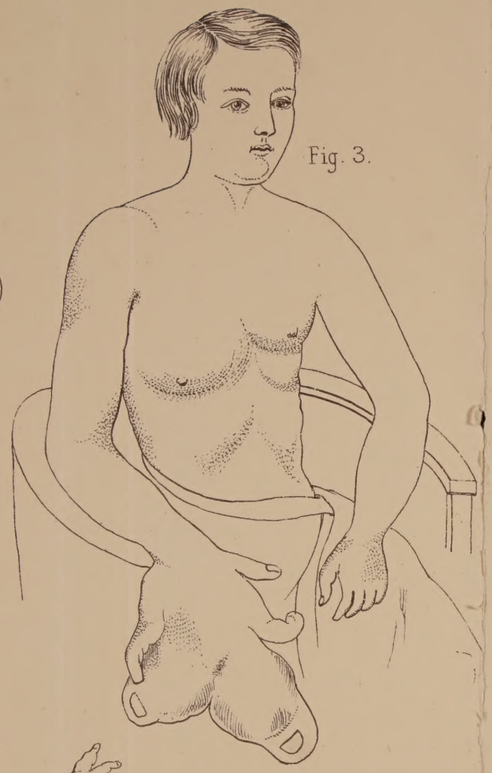

Fig. 3.

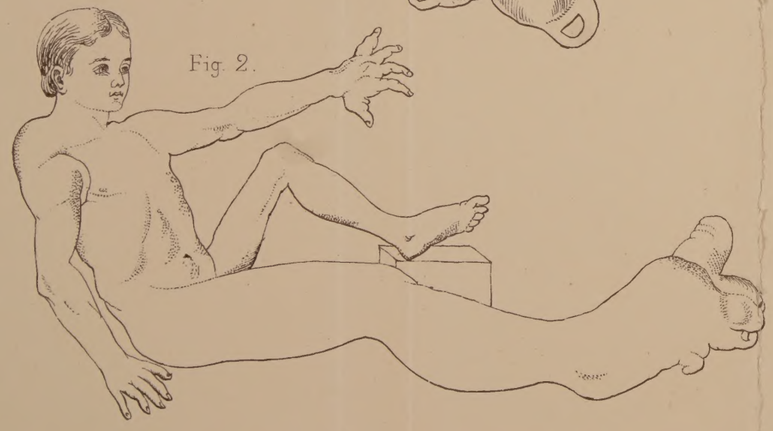

Fig. 2.

Fig. 8.

Fig. 4.

Fig. 12.

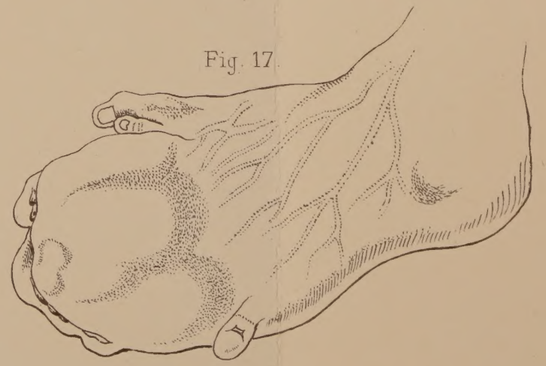

Fig. 17.

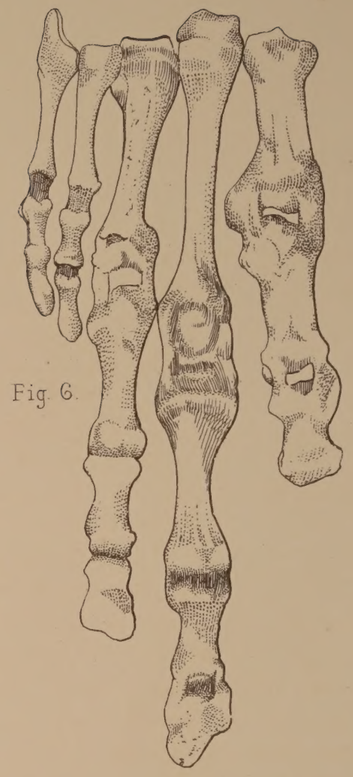

Fig. 6.

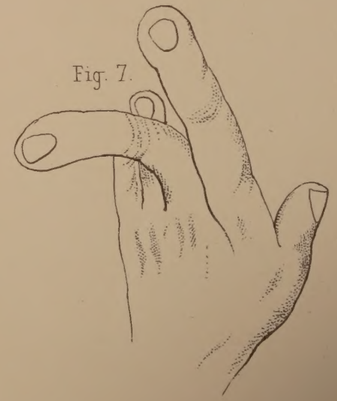

Fig. 7.

Fig. 10.

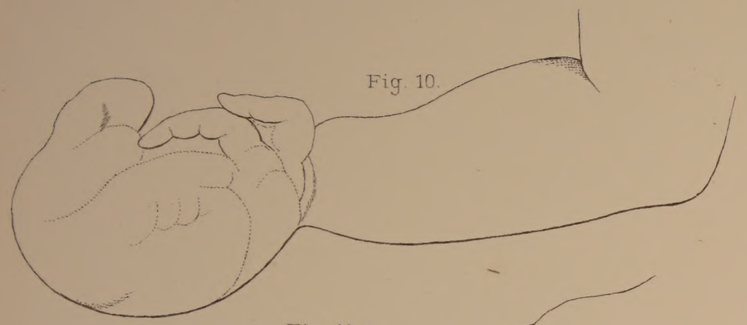

Fig. 11 a.

Fig. 11. b.

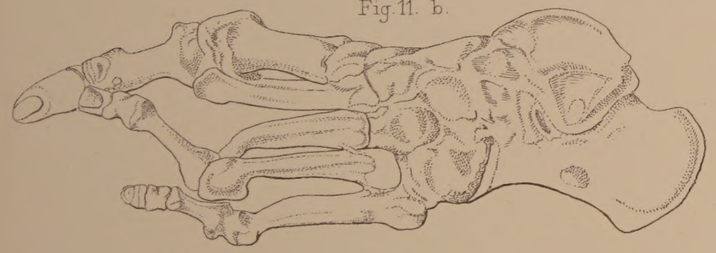

Fig. 15.

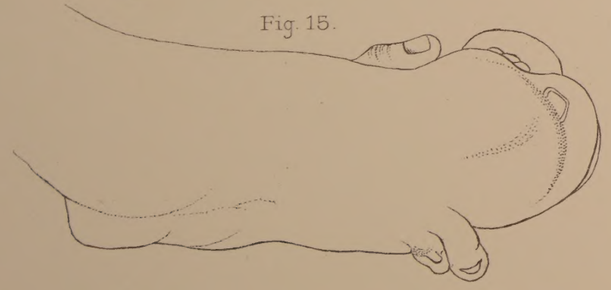

Fig. 18.

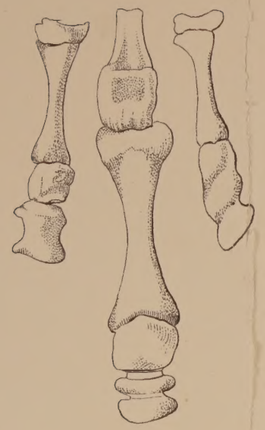

Fig. 13.

Fig. 16.

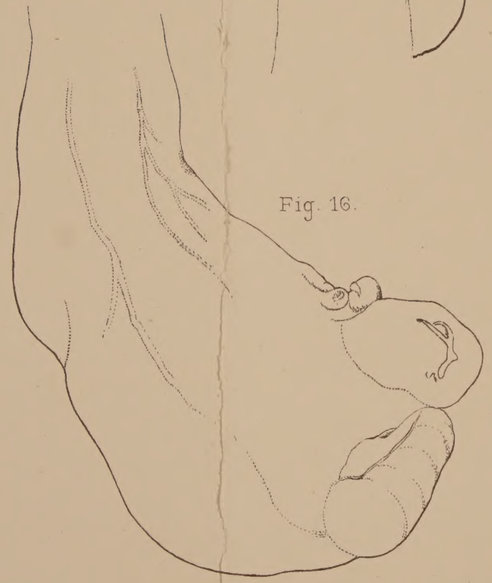

Fig. 9.

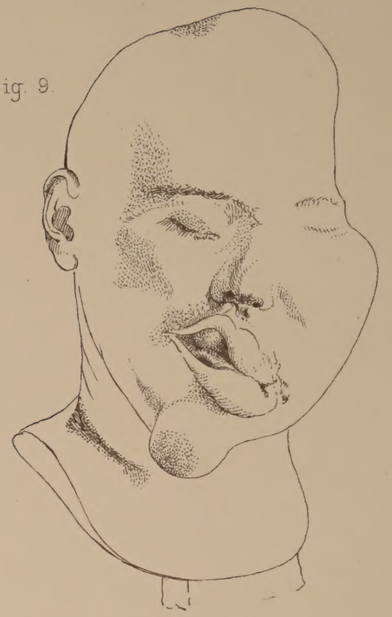
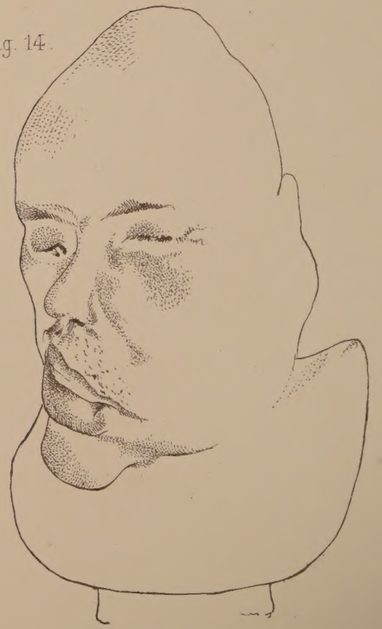
Fig. 14.